

Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização de Enfermagem Médico- Cirúrgica, vertente da pessoa idosa

Relatório de Estágio

**Promoção do cuidado de Si à pessoa idosa com dor crónica não oncológica,
sob terapêutica opioide, seguida na consulta da Unidade da Dor, com
recurso à consulta telefónica**

Sandra Patrícia Afonso Trancoso

Lisboa

2019





Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização de Enfermagem Médico-Cirúrgica, vertente da pessoa idosa

Relatório de Estágio

**Promoção do cuidado de Si à pessoa idosa com dor crónica não oncológica,
sob terapêutica opioide, seguida na consulta da Unidade da Dor, com
recurso à consulta telefónica**

Sandra Patrícia Afonso Trancoso

Orientador: Professora Doutora Idalina Delfina Gomes

Lisboa

2019

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

“(...) os conhecimentos não podem ser utilizáveis e constituir fontes de desenvolvimento se não forem o ponto de encontro da experiência vivida e de tudo o que pode alimentar, sustentar, enriquecer essa experiência, para lhe dar sentido e lhe permitir regenerar-se, recriar-se.”

Collière, 1999 (p. 256)

A ti, mãe...

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, à Professora Doutora Idalina Gomes, pelo apoio, motivação, por ser uma força inspiradora e impulsionadora para todos nós.

À enfermeira Madalena, por todos os ensinamentos, orientações e inspiração como profissional e ser humano.

À equipa de enfermagem e multidisciplinar do CMD, pelo acolhimento, orientação e colaboração neste projeto.

A todos os profissionais, pessoas idosas e famílias que se cruzaram comigo nesta jornada, pela partilha de experiências, afeto e amabilidade com que sempre me receberam.

Ao meu irmão, ao meu pai e à Joana, a minha eterna gratidão, por simplesmente existirem na minha vida. À minha família no geral, pelo amor e educação que me transmitiram.

Ao João André, João Lourenço e Isabel Lourenço, pela preocupação e carinho nestes anos.

À Helena, minha irmã de coração há 21 anos. À Ana Raquel, Mariana, Inês, Leize e Ana Carina pela vossa amizade e conforto.

Ao Duarte, pelo apoio e motivação constante.

À Luísa, minha companheira de especialidade desde o primeiro dia...obrigada pelo teu ombro amigo.

A todos vocês, o meu sincero agradecimento...

LISTA DE SIGLAS E/OU ABREVIATURAS

AINEs- Anti-inflamatórios não esteroides

AVD- Atividades instrumentais de vida diária

ARSLVT – Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

AVD- Atividades de vida diária

CMD – Centro Multidisciplinar Dor

CSP- Cuidados de Saúde Primários

DCNO- Dor crónica não-oncológica

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EMCVPI – Enfermagem Médico-Cirúrgica, vertente da pessoa idosa

EN – Escala numérica

IRD – Inventário Resumido da Dor

MMSE – Mini Mental State Examination

OMS – Organização Mundial de Saúde

RNCCI- Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SNC – Sistema nervoso central

Sr. – Senhor

Sra. – Senhora

UI&DE – Unidade de Investigação & Desenvolvimento em Enfermagem

UCC- Unidade de Cuidados na Comunidade

RESUMO

A dor crónica é comum entre as pessoas idosas, qualquer que seja o seu contexto, com grande impacto na sua qualidade de vida. A utilização de medicamentos opioides na DCNO tem vindo a aumentar, pois tem sido comprovada a sua eficácia em ensaios clínicos. O problema da não adesão da terapêutica analgésica é conhecido. Os medos relacionados com o risco de adição, efeitos secundários, tolerância e escrutínio, estão entre as barreiras à implementação de terapêutica opioide.

Foi-nos proposta colaboração no estudo a decorrer no CMD, nomeadamente através do desenvolvimento de um projeto que incidisse na adesão à medicação opioide na pessoa idosa com dor crónica não oncológica, no sentido de promover o cuidado de Si. Foi, assim, traçado um percurso que levasse ao desenvolvimento de competências de enfermeira especialista em enfermagem médico-cirúrgica, vertente da pessoa idosa, e de enfermeira mestre, através de um estágio que decorreu em duas unidades distintas: num CMD de um hospital da ARSLVT e numa Unidade de Cuidados na Comunidade da ARSLVT. Pretendeu-se, também, fomentar o desenvolvimento de competências na equipa de enfermagem.

Para levar a cabo este projeto, optou-se pela metodologia de trabalho de projeto. O modelo teórico de enfermagem orientador foi o da parceria de cuidados preconizado por Gomes (2013, 2016). Os dados foram colhidos através da elaboração de dois instrumentos: um questionário aplicado à equipa de enfermagem do CMD e uma grelha de análise dos registos de enfermagem. Entre as atitudes menos referidas, salientamos a avaliação de crenças e medos relativamente à medicação opioide, quando esta é instituída. Concluímos que seria vantajoso elaborar informações escritas que a pessoa idosa pudesse levar para o domicílio, complementando as informações fornecidas em consulta presencial.

Entre as aprendizagens adquiridas neste percurso, destacamos: a operacionalização do Modelo de Parceria de Cuidados (Gomes, 2013, 2016) como modelo centrado na pessoa idosa; a importância da intencionalidade dos cuidados de enfermagem; e a importância da avaliação multidimensional da pessoa idosa, permitindo uma abordagem holística, tendo como foco a pessoa idosa e os seus problemas.

Palavras Chave: pessoa idosa; dor crónica não oncológica; opioides; adesão medicamentosa; Cuidado de Si.

ABSTRACT

Chronic pain is common among the elderly, wherever its context, with huge impact in their quality of life. Opioids are used in chronic non-malignant pain (CNMP) due to its efficacy, shown in randomized clinical trials. The problem of non-adherence to analgesics is known. Fears regarding the risk of addiction, secondary effects, tolerance and scrutiny are among the barriers on implementing opioid therapy.

We were proposed to collaborate in a study that was being developed in a multidisciplinary pain centre (MPC), through the development of a project that addressed the opioid adherence in the elderly with chronic non-malignant pain, prompting the care of the self. We settled a route that would lead us to develop specialist competencies in medical-surgical nursing and master competencies, through an internship that took place in two distinct contexts: in a multidisciplinary pain centre and in community unit. We promoted the development of competencies in the nursing team, with the purpose of acting in partnership with the elderly with CNMP.

To carry out this project, we opted for the project methodology. The nursing theoretical model that guided us was the Partnership Model, that is recognized by Gomes (2013, 2016). Data was collected through the development of two instruments: a questionnaire filled by the nurses in the MPC and an analysis grid of nursing records. Among the less referred attitudes, we underline the assessment of beliefs and fears regarding opioid medication, when it has been instituted. We concluded that it would be useful to elaborate written information, so that the elderly could take home, complementing the data given in the presential appointment.

Regarding the main lessons learned in this internship, we highlight: the operationalization of the Partnership Model (Gomes, 2013, 2016) as a person-centred model; the importance of care intentionality; and the importance of using multidimensional evaluation scales, enabling a holistic approach, with focus on the elderly person and their problems.

Keywords: elderly; chronic non-malignant pain; opioid; medication adherence; Care of the Self

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	19
1. REVISÃO DA LITERATURA.....	25
1.1 A pessoa idosa com dor crónica não oncológica, sob terapêutica opioide, seguida na consulta telefónica.	25
1.2. A relação de parceria de cuidados com a pessoa idosa com dor crónica não oncológica, sob terapêutica opioide, com vista a promoção do Cuidado de Si	27
2. METODOLOGIA.....	32
3. ATIVIDADES E APRENDIZAGENS REALIZADAS PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS.....	38
3.1. Atividades e aprendizagens realizadas para o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista e mestre no cuidado à Pessoa Idosa, em contexto de cuidados diferenciados	38
3.1.1. Desenvolver competências como enfermeiro especialista no cuidado à pessoa idosa, nomeadamente na intervenção em parceria à pessoa idosa com dor crónica não oncológica sob terapêutica opioide e sua família, promovendo o cuidado de Si, na consulta da dor.	38
3.1.2. Contribuir para o desenvolvimento do projeto que se encontra em curso na Unidade da dor intitulado: “ <i>Consulta telefónica na unidade de dor: promoção do cuidado de Si à pessoa idosa com dor crónica em casa</i> ”, fomentando o desenvolvimento de competências na equipa de enfermagem para intervenção em parceria à pessoa idosa com dor crónica não oncológica sob terapêutica opioide, promovendo o cuidado de Si, através da consulta telefónica de enfermagem.	46
3.2. Atividades e aprendizagens realizadas para o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista e mestre no cuidado à Pessoa Idosa, em contexto de cuidados de saúde primários.....	54
3.2.1. Desenvolver competências como enfermeiro especialista no cuidado à pessoa idosa, nomeadamente na intervenção em parceria à pessoa idosa com dor crónica não oncológica, sob terapêutica opioide, promovendo o cuidado de Si, no seu contexto domiciliário.....	54
3.2.2. Promover competências na equipa da uma UCC para a intervenção em parceria à pessoa idosa com dor crónica não oncológica sob terapêutica opioide e sua família, potenciando o cuidado de Si	57
4. REFLEXÃO SOBRE AS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS, CONTRIBUTOS PARA A PRÁTICA E LIMITAÇÕES DO PROJETO.....	59
CONCLUSÕES	63
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	66
APÊNDICES	
APÊNDICE I – Revisão <i>Scoping</i>	
APÊNDICE II – Guião de colheita de dados	

APÊNDICE III – Estudo de caso

APÊNDICE IV – Apresentação do projeto à equipa do CMD

APÊNDICE V – Questionário à equipa de enfermagem do CMD

APÊNDICE VI- Guião de Observação dos Registos de Enfermagem

APÊNDICE VII- Apresentação dos resultados à equipa de enfermagem do CMD

APÊNDICE VIII- Apresentação à equipa de enfermagem da UCC

APÊNDICE IX- Apresentação V Congresso da Ordem dos Enfermeiros

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Objetivos gerais e específicos, atividades e indicadores de avaliação para o desenvolvimento de competências de especialista e mestre.....35

Quadro 2- Objetivos gerais e específicos, atividades e indicadores de avaliação para o desenvolvimento de competências na equipa de enfermagem do CMD.....36

Quadro 3 - Objetivos gerais e específicos, atividades e indicadores de avaliação para o desenvolvimento de competências na equipa de enfermagem de uma UCC da região de Lisboa.....37

Quadro 4- Objetivos gerais e específicos, atividades e indicadores de avaliação para desenvolver competências como enfermeiro especialista no cuidado à pessoa idosa no seu contexto domiciliário.....37

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1- Atitudes menos referidas pela equipa de enfermagem, no cuidado à pessoa idosa com dor crónica não oncológica, sob terapêutica opioide.....49

Gráfico 2- Intervenções menos registadas pela equipa de enfermagem, no cuidado à pessoa idosa com dor crónica não oncológica, sob terapêutica opioide, no projeto que decorria no CMD.....50

INTRODUÇÃO

Foi no âmbito do 8º curso de Pós-Licenciatura e Mestrado em Enfermagem, área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, vertente da pessoa idosa, que nos foi proposto a realização de um estágio, com a finalidade de desenvolver competências de enfermeiro especialista e mestre na área médico-cirúrgica no cuidado da pessoa idosa e sua família. Este relatório foi elaborado com objetivo de relatar o percurso percorrido na implementação do projeto de estágio, que se intitulou “Promoção do cuidado de Si à pessoa idosa com dor crónica não oncológica, sob terapêutica opioide, seguida na consulta da Unidade da Dor, com recurso à consulta telefónica”.

Portugal mantém a tendência do envelhecimento demográfico, devido à queda da natalidade, aumento da esperança média de vida e aumento da emigração (INE, 2016). Sequeira (2010) afirma que o aumento da longevidade na nossa sociedade coloca desafios, nomeadamente em termos de saúde e prestação de cuidados. O envelhecimento acarreta, portanto, uma maior probabilidade de aparecimento de doenças crónicas.

Segundo a *International Association for the Study of Pain* (IASP, 2006), a prevalência da dor persistente aumenta com o avançar da idade, atingindo cerca de 50% das pessoas idosas que vivem na comunidade e 80% dos que vivem em residências assistidas. Um estudo epidemiológico de corte transversal à população portuguesa, realizado por Azevedo et al (2012), revelou uma prevalência de 36,7% de dor crónica, sendo esta mais relevante entre as pessoas idosas. A dor recorrente ou contínua estava presente em 85% das pessoas com dor crónica, com uma intensidade moderada a intensa em 68% dos casos. Estes investigadores concluíram que a dor crónica em Portugal prevalece em situações de doença degenerativa da coluna e osteoartrose/osteoartrite, sendo que as localizações mais frequentes são a nível lombar, anca e membros inferiores (Azevedo et al, 2012). Kopf (2010) realça que a dor na população idosa é subtratada e subdiagnosticada.

Podemos definir a dor como uma experiência sensitiva e emocional desagradável, associada a uma lesão tecidual atual, potencial, ou descrita em termos de tal lesão (IASP, 2010). Já McCaffery (1968), referia que a dor é o que a pessoa diz ser, e existe quando ela diz existir, atribuindo à dor a ideia de uma experiência pessoal e peculiar de cada indivíduo.

A dor crónica é definida como uma dor que dura três meses ou mais, e persiste para além do curso normal de uma doença aguda ou da cura da lesão que lhe deu origem (DGS, 2010). Ocorre de forma contínua ou intermitente durante vários meses, com expectativa de alívio temporário, mas raramente definitivo, sendo por direito próprio uma doença (Cardoso, 2013). Já a dor crónica não oncológica é aquela que resulta de qualquer patologia não neoplásica. Saunders (1978), desenvolveu o conceito de “dor total”, sugerindo que o fenómeno da dor tem uma dimensão física, psicológica, social, emocional e espiritual. A combinação destes fatores resulta na experiência da “dor total”, que é única e específica para cada doente.

Gagliese e Melzack (2013) referem que, no processo de envelhecimento, existem algumas alterações que podem influenciar a forma como as pessoas idosas experienciam a dor, nomeadamente: diferenças nas características da pele e dos nociceptores; alterações nas fibras C e Delta, cuja função diminui com a idade e alterações na resposta neuroimunológica ao dano tecidual, que diminui a neuroplasticidade ao longo do sistema nervoso central. Quando comparadas com pessoas mais jovens, as pessoas idosas mostram hiperalgesia prolongada e alterações ao nível da inibição endógena descendente. Estas alterações podem sugerir que a adaptação aos estímulos dolorosos e/ou dano, se altera com o avançar da idade, aumentando a vulnerabilidade para a dor persistente.

A dor crónica é, assim, comum entre as pessoas idosas, qualquer que seja o seu contexto (no domicílio, no internamento ou em instituições,) com um grande impacto na sua qualidade de vida (DGS, 2010), pois está associada a: diminuição da capacidade funcional, alterações da marcha, alterações do sono, maior índice de depressão, diminuição da socialização, aumento do isolamento e alteração da dinâmica familiar, laboral e social (Kopf, 2010). Tende a ser multifocal e multifactorial, com duração de vários anos, o que implica um grande consumo de serviços e consequente aumento dos custos em saúde (DGS, 2010).

A utilização de medicamentos opioides na dor crónica não-oncológica (DCNO) tem vindo a aumentar, pois tem sido comprovada a sua eficácia em ensaios clínicos e revisões sistemáticas da literatura. Embora o objetivo da sua utilização, em doentes não oncológicos, seja igual à sua utilização em doentes oncológicos (ou seja, controlo da dor), o uso de opioides na DCNO tem objetivos acrescidos: recuperação da funcionalidade física e mental e consequente melhoria da qualidade de vida. A OMS utiliza o índice de consumo de medicamentos opioides *per capita* como um indicador da qualidade de cuidados de saúde no âmbito da terapêutica da dor. Ainda assim, a

prescrição de medicamentos opioides em Portugal é das mais baixas da Europa. Não havendo estudos que suportem as razões subjacentes, presume-se que fatores culturais, educacionais e económicos estejam por detrás deste fenómeno (Lopes, 2007; DGS, 2008).

Bailey, Oramasionwu & Wolf (2013) referem que os termos adesão, gestão, *compliance* e concordância terapêutica, são muitas vezes usados para descrever a utilização da medicação prescrita, ao longo do tempo. Apesar das diferenças entre cada um destes termos, nenhum foi universalmente aceite (Bailey, Oramasionwu e Wolf, 2013). Para a realização deste projeto, o termo “adesão” será utilizado. Segundo a WHO (2003), a adesão define-se como o comportamento da pessoa (como tomar medicação, seguir uma dieta e/ou mudança de estilos de vida), corresponde às recomendações do profissional de saúde. Implica a vontade da pessoa, em estabelecer concordância entre o comportamento adotado, com o recomendado pelo profissional, implicando que o enfermeiro veja a pessoa idosa como parceira dos cuidados (Gomes, 2013, 2016). Segundo o ICN (2009), a adesão é influenciada por fatores relacionados com o próprio doente, com a medicação (complexidade e duração do tratamento e efeitos secundários) e com os profissionais de saúde.

Timmerman et al (2016), numa revisão sistemática da literatura, referem que a não adesão à terapêutica analgésica é muito comum, podendo levar ao incumprimento do objetivo terapêutico. Afirmam que, nos últimos estudos, a subutilização é mais comum, variando entre 2%-53%, com uma média de 33%. A subutilização está associada à preocupação acerca dos efeitos secundários e medo de adição e falta de informação providenciada no hospital. As crenças acerca da doença e da medicação são importantes preditores e, além disso, a relação com os profissionais de saúde é tida como um determinante importante. Destacam como intervenções que podem melhorar a adesão: a simplificação do regime terapêutico, a educação e as intervenções comportamentais. O follow-up regular e a monitorização mostraram melhorar a adesão nos doentes com terapia crónica com opioides (Timmerman et al, 2016).

Vallerand e Nowak (2009) afirmam que os indivíduos com dor crónica não oncológica já tentaram inúmeros tratamentos antes da implementação da terapêutica opioide. Os medos relacionados com o risco de adição, efeitos secundários, tolerância e escrutínio, estão entre as barreiras à implementação de terapêutica opioide. Os doentes referem ainda, estigma e múltiplas barreiras para manter o seu regime terapêutico, a nível familiar, social, no trabalho, por médicos, farmacêuticos e outros

profissionais de saúde (Vallerand e Nowak, 2010). A disseminação do conhecimento em relação à segurança e eficácia do uso crónico da terapêutica opioide, quando prescrito e gerido adequadamente, deve ser usada como estratégia para reduzir as barreiras sentidas.

Gomes (2013, 2016) refere que o processo de parceria entre o enfermeiro e a pessoa idosa, implica que a pessoa idosa seja vista como ser de projeto e de cuidado, implicando, também, a necessidade de tempo e espaço para estabelecer uma relação de qualidade. Através do processo de parceria, a pessoa idosa assume o controlo sobre o seu projeto de vida e de saúde. Ao ter ferramentas para a gestão do seu regime medicamentoso (nomeadamente a medicação opioide) e controlo sob a sua dor, a pessoa idosa conseguirá assumir o cuidado de Si, continuando com o seu projeto de vida e saúde. A atenção é colocada na partilha dos significados da experiência dos indivíduos, tendo em conta os seus desejos, necessidades e preocupações. A consulta telefónica realizada pelos enfermeiros, assume-se como uma estratégia a utilizar, para promover esta relação de parceria e, consequentemente, o cuidado de Si (Gomes, 2013, 2016).

Martins e Lopes (2010) realizaram um estudo, cujos resultados permitiram conhecer o nível de satisfação dos doentes e famílias e os motivos que levaram os doentes a telefonar para a Unidade da Dor. Os motivos mais prevalentes foram: a gestão de regime terapêutico (57,28% dos telefonemas) e os problemas decorrentes dos efeitos colaterais do regime terapêutico e evolução da própria doença (42,72%). A consulta telefónica era referida pelo doente e família como um recurso importante, ainda que revestida de um nível de exigência inerente ao processo de cuidados não presencial. O enfermeiro surge, assim, como mediador entre médico e doente/família de forma a garantir, de acordo com as normas da DGS (2010), a diminuição da prevalência da dor crónica moderada a forte, o aumento da adesão à terapêutica, a melhoria da qualidade de vida e, ainda, a redução dos mitos e preconceitos associados aos medicamentos opioides. Martins e Lopes (2010), afirmam que, apesar da comunicação à distância acarretar inúmeras dificuldades, nomeadamente em termos de comunicação, realça-se a sua vantagem a nível individual (doente e família) e social (organização de saúde e sociedade). As mesmas autoras referem que a literatura aponta como principais benefícios da consulta telefónica: a acessibilidade à informação relativa ao estado de saúde e respetivas soluções, evitando deslocações; permite ultrapassar barreiras geográficas, possibilitando que os doentes e outros profissionais acedam à opinião de enfermeiros peritos; e é um meio não dispendioso

e uma ponte entre o hospital e a casa do doente. Concluem que a consulta telefónica proporciona proximidade com os doentes e famílias e que o telefone é utilizado como extensão dos próprios enfermeiros.

Na Consulta da Dor de um Centro Multidisciplinar (CMD), encontrava-se em desenvolvimento um projeto de investigação-ação, em colaboração com a UI&DE (unidade de investigação da ESEL), denominado: “*Consulta telefónica na unidade de dor: Promoção do cuidado de Si à pessoa idosa com dor crónica em casa*”. Realizou-se entre abril de 2017 e dezembro de 2018, com o objetivo geral de “promover o cuidado de Si à pessoa idosa com dor crónica em casa através da consulta telefónica de enfermagem” (UI&DE, 2017). Neste projeto, as consultas telefónicas eram realizadas proactivamente pelos enfermeiros da Unidade da Dor. Estas consultas telefónicas permitem realizar apoio, orientação e supervisão individualizada ao modo como a pessoa idosa adere e gere a medicação, nomeadamente os opioides, minimizando os fatores que possam estar a dificultar o processo de cuidado de Si.

Foi-nos proposto, ainda no segundo semestre do curso, na unidade curricular “Opção II”, a colaboração no estudo a decorrer no CMD, nomeadamente através do desenvolvimento de um projeto que incidisse na adesão à medicação opioide na promoção do cuidado de Si, na pessoa idosa com dor crónica não oncológica, conjugando os saberes e a prática clínica da equipa da enfermagem, com a evidência científica, que nos auxiliasse a entender este fenómeno e nos fornecesse estratégias a utilizar no dia-a-dia, no sentido de promover o cuidado de Si da pessoa idosa.

Foi, assim, traçado um percurso que levasse ao desenvolvimento de competências de enfermeira especialista em enfermagem médico-cirúrgica, vertente da pessoa idosa, e de enfermeira mestre, através de um estágio que decorreu entre 25 de setembro de 2017 e 9 de fevereiro de 2018, em duas unidades distintas: num CMD de um hospital da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT), entre 25 de setembro e 9 de fevereiro; numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) da ARSLVT, integrando uma Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), entre 2 e 26 de janeiro de 2018.

Para levar a cabo este projeto, optou-se pela metodologia de trabalho de projeto, que permite a resolução de problemas no seu contexto real, desenvolvendo capacidades e competências pessoais (Ruivo et al, 2010).

Para dar resposta à finalidade do projeto, foram delineados os seguintes objetivos gerais:

1. Desenvolver competências como enfermeiro especialista no cuidado à pessoa idosa, nomeadamente na intervenção em parceria à pessoa idosa com dor crónica não oncológica sob terapêutica opioide e sua família, promovendo o cuidado de Si, na consulta da dor;
2. Contribuir para o desenvolvimento do projeto que se encontra em curso no CMD intitulado: *“Consulta telefónica na unidade de dor: promoção do cuidado de Si à pessoa idosa com dor crónica em casa”*, fomentando o desenvolvimento de competências na equipa de enfermagem, para intervenção em parceria à pessoa idosa com dor crónica não oncológica sob terapêutica opioide, promovendo o cuidado de Si, através da consulta telefónica de enfermagem;
3. Promover competências na equipa da uma UCC para a intervenção em parceria à pessoa idosa com dor crónica não oncológica, sob terapêutica opioide, e sua família, potenciando o cuidado de Si;
4. Desenvolver competências como enfermeiro especialista no cuidado à pessoa idosa, nomeadamente na intervenção em parceria à pessoa idosa com dor crónica não oncológica, sob terapêutica opioide, promovendo o cuidado de Si, no seu contexto domiciliário.

Ao longo deste relatório, será explicitado o percurso traçado de forma a dar resposta a estes objetivos. Foi redigido por capítulos, de forma a estruturar a linha de pensamento. Na introdução, procurámos apresentar o projeto, focando-nos na sua pertinência para a prática de enfermagem. No primeiro capítulo, explicitamos a revisão da literatura efetuada, que sustenta todo o trabalho realizado junto da pessoa idosa com dor crónica não oncológica sob terapêutica opioide, seguida na consulta telefónica. O segundo capítulo aborda a metodologia escolhida para o desenvolvimento do projeto. Já no terceiro capítulo, descrevemos o desenvolvimento das atividades, as aprendizagens e resultados alcançados para o desenvolvimento de competências, estando subdividido nos contextos distintos onde decorreu o estágio. No quarto capítulo, refletimos sobre as competências que foram desenvolvidas, os fatores que contribuíram para a realização do estágio, bem como as limitações do projeto desenvolvido. Na conclusão, realizamos uma síntese do projeto e uma reflexão sobre o percurso percorrido no desenvolvimento de competências de enfermeira especialista e mestre.

1. REVISÃO DA LITERATURA

Neste capítulo, apresentamos a revisão da literatura efetuada, que alicerçou o desenvolvimento do estágio e do presente relatório. Procurou-se a melhor evidência disponível, relativamente à pessoa idosa com dor crónica não oncológica, sob terapêutica opioide, bem como das intervenções de enfermagem construídas em parceria, na promoção do cuidado de Si, junto da pessoa idosa seguida na consulta telefónica num CMD.

1.1. A pessoa idosa com dor crónica não oncológica, sob terapêutica opioide, seguida na consulta telefónica.

Segundo as recomendações da NICE (2012), o doente sob terapêutica opioide deve ser avaliado com regularidade, em relação ao controlo da dor e aos efeitos secundários desta medicação, particularmente na fase de titulação. Deve ser questionado acerca dos receios relativos à adição, tolerância e efeitos secundários, e providenciada informação escrita sobre os efeitos secundários mais comuns e sinais de toxicidade, o seu armazenamento e, ainda, fornecido um contacto para quem possa ligar, em caso de necessidade, especialmente na fase inicial do tratamento (NICE, 2012). Lopes (2007) e a DGS (2008) declaram que, antes de iniciar a terapêutica com opioides, o doente deve ser avaliado e esclarecido em relação às suas crenças, medos e expectativas sobre a sua dor e eficácia desta medicação, e informado das suas potencialidades, limitações e efeitos secundários. O tratamento implica uma monitorização regular, para avaliação da sua eficácia, existência de efeitos secundários e impacto na qualidade de vida do doente. Os doentes devem ser avaliados regularmente, especialmente na fase de titulação, onde o intervalo entre avaliações não deve exceder as duas semanas. Depois dessa fase, os intervalos não devem ultrapassar os dois meses (Lopes, 2007; DGS, 2008). Esta monitorização deve incluir: avaliação do efeito analgésico; funcionalidade física, emocional e social; sono; efeitos secundários e eventuais sinais de tolerância (diminuição do efeito do fármaco) ou adição (uso compulsivo, preocupação constante em obter o medicamento, com consequente deterioração do estado físico, mental e social do indivíduo). Os efeitos secundários mais frequentes descritos – obstipação, náuseas, vómitos, sonolência e prurido – surgem nos primeiros dias e tendem a desaparecer, à exceção da

obstipação. Devem ser prevenidos com medicação e outras medidas profiláticas para prevenir o abandono da terapêutica. Como efeitos secundários mais raros destacam-se: a depressão respiratória, as variações no peso corporal e efeitos hormonais, como a redução da função sexual e a infertilidade (Lopes, 2007; DGS, 2008). A interrupção da toma de medicamentos opioides deve ser feita de forma gradual, lenta e progressiva, de forma a prevenir o aparecimento de um síndrome de abstinência (Lopes, 2007; DGS, 2008).

Devido às mudanças farmacocinéticas, presença de polimedicação e outros aspetos que aumentam a vulnerabilidade das pessoas idosas para os efeitos secundários da medicação opioide, é consensual na literatura, que algumas precauções devem ser tomadas. O princípio “começar baixo e ir devagar” (“*start low and go slow*”) - começar com doses baixas e aumentar a dose de forma lenta, com pequenos incrementos - é aplicado na terapêutica opioide nas pessoas idosas (Kopf, 2010).

O problema da não adesão da terapêutica analgésica é conhecido. Num estudo belga de corte transversal a 265 doentes com dor crónica não oncológica, os investigadores concluíram que a não adesão à medicação é frequente nos doentes com dor crónica não oncológica, sendo que a subutilização (40%) é mais frequente que a sobre-utilização (14%) (Broekmans et al, 2010). Referem ainda que uma em cada três pessoas que subutilizavam a medicação, utilizavam menos opioides que o prescrito. Os mesmos autores afirmam que a complexidade do regime terapêutico é um determinante conhecido na adesão terapêutica e, por isso mesmo, o esquema terapêutico deve ser simplificado relativamente ao número de medicamentos e número de doses. As perceções e crenças dos doentes acerca da medicação, podem representar um papel importante na compreensão dos comportamentos de não adesão. Os doentes que afirmaram ter recebido pouca informação relativamente ao seu tratamento, apresentavam maior probabilidade de subutilizar a medicação. A comunicação, o grau de satisfação e a confiança estabelecida entre doente e o médico, influencia a adesão terapêutica. As pessoas podem não estar informadas relativamente ao tempo expectável até sentir alívio da sua dor, ou relativamente ao facto de os efeitos secundários diminuírem ao longo do tempo. Os doentes necessitam de estar informados acerca dos benefícios e efeitos secundários do tratamento prescrito.

Num estudo canadiano, Brooks, Unruh & Lynch (2015), exploraram as experiências vividas de adultos que utilizavam medicação opioide para controlo da dor

não oncológica. Afirmam que a ambivalência relativamente ao uso de opioides resulta na subutilização dos mesmos. A aceitação ocorria quando os participantes desafiavam as suas crenças acerca da terapêutica opioide, procurando formas de gerir as consequências físicas, emocionais e sociais do uso de opioides. A maioria dos participantes descreviam a aceitação da dor crónica e do uso de opioides, como “a única forma de seguir em frente”. A sua vida presente deu-lhes sentido de liberdade e esperança. Brooks, Unruh & Lynch (2015), concluem que é necessária uma abordagem multidimensional no controlo da dor crónica não oncológica, bem como o combate às barreiras sociais associadas ao uso de opioides. Deve-se apostar na educação dos profissionais de saúde, relativamente ao uso de opioides no controlo da dor crónica não oncológica.

1.2. A relação de parceria de cuidados com a pessoa idosa com dor crónica não oncológica, sob terapêutica opioide, com vista a promoção do Cuidado de Si

Gomes (2013, 2016) refere que, para existir parceria nos cuidados, há necessidade de estabelecer uma verdadeira interação entre os parceiros, implicando o conhecimento do Outro, atenção para com ele. Deve ser respeitada a singularidade da pessoa, através de uma ação negociada, dando abertura ao diálogo e autoconfiança. A parceria de cuidados trata-se de um processo dinâmico, negociado em conjunto por clientes e enfermeiros, respeitando os saberes de cada um; é dado à pessoa cuidada o direito e a responsabilidade de fazer escolhas, envolvendo-a na tomada de decisão, respeitando, assim, a sua autonomia e identidade.

Segundo a mesma autora, o enfermeiro promove a autonomia da pessoa idosa, com vista a resolução dos seus problemas, reconhecendo-a como responsável pelo seu projeto de vida e saúde; promove o *empowerment* da pessoa idosa, na tomada de decisão, em relação à sua saúde e aos estilos de vida, nomeadamente através do consentimento informado e da premissa que o doente tem o direito em participar nos seus cuidados (Gomes, 2013, 2016). O processo de parceria, como promotor do cuidado de Si, implica a necessidade de ver a pessoa idosa como um ser de projeto e de cuidado. A pessoa idosa é vista como ser de ação, decisão e cuidado. Implica que se procure o potencial de desenvolvimento para o cuidado de Si (Gomes, 2013, 2016).

Os enfermeiros tentam aprender e compreender a linguagem verbal e não-verbal para aceder à singularidade da pessoa idosa, “vendo a pessoa como a possibilidade de devir, que está sempre a passar em nós e a ficar em nós” (Gomes, 2013, pág. 94).

A relação de parceria de cuidados implica ter tempo e espaço para construir uma relação de qualidade, permitindo o estabelecimento de uma relação de confiança, que ajude a criar um clima para o estabelecimento de compromissos. Implica respeito pela identidade e espaço de intimidade da pessoa idosa; existência de um ambiente seguro para a realização do cuidado; explicitação dos termos da relação; demonstração de disponibilidade; foco na necessidade expressa da pessoa; utilização de estratégias de transparência e verdade; demonstração de competência técnica e relacional. Estas premissas levam a um verdadeiro encontro entre o enfermeiro e o doente idoso, “onde estes se revelam mutuamente e “descansam” um no outro, agindo em parceria” (Gomes, 2013, pág 95).

No doente idoso com dependência e vulnerabilidade com capacidade de autonomia, a construção do processo de parceria de cuidados implica a construção de uma ação conjunta, com o objetivo de capacitar a pessoa idosa a assumir o controlo do cuidado de Si. No doente idoso com dependência e vulnerabilidade sem capacidade de autonomia, a estratégia passa pela construção de uma ação em que o enfermeiro assegura o cuidado do Outro, ou capacita a família ou pessoa significativa para o fazer. O enfermeiro ajuda a família a adquirir capacidades para cuidar da pessoa idosa.

Segundo Gomes (2013, 2016), a construção do processo de parceria caracteriza-se por 5 fases, que estão interligadas, e contínuas:

Primeira fase: revelar-se. O enfermeiro e o doente dão-se a conhecer, como seres de projeto e cuidado. O enfermeiro tenta conhecer o potencial de desenvolvimento da pessoa idosa, de forma a ajudá-la a promover o seu projeto de saúde e de vida e realização de Si, qualquer que seja a circunstância. Procura conhecer a identidade e singularidade da pessoa idosa, quais os seus valores, cultura, contexto social e o seu projeto de vida (Gomes, 2013, 2016). Além disso, tenta perceber as experiências significativas da pessoa idosa, identificando as várias transições que pode estar a viver (transições de desenvolvimento, situacionais, de saúde/doença), tentando explorar os condicionantes facilitadores e inibidores dessas transições (Meleis, 2010).

Broekmans et al (2010) afirmam que a comunicação, o grau de satisfação e a confiança estabelecida entre doente e o médico/profissionais de saúde, influencia a adesão terapêutica. Timmerman et al (2016) corroboram esta afirmação, referindo que a relação com os profissionais de saúde é tida como um determinante importante na adesão à terapêutica analgésica.

Segunda fase: envolver-se. Pressupõe a criação de um espaço de reciprocidade, ou seja, dando tempo e espaço para o desenvolvimento de uma relação de qualidade. O enfermeiro tenta perceber o potencial de desenvolvimento da pessoa idosa, em qualquer que seja o contexto (Gomes, 2013, 2016). Promove o cuidado em ambiente seguro, apresentando a pessoa idosa e cuidador familiar à unidade, informando-os de todos os recursos disponíveis no CMD. Fornece o guia de acolhimento, onde constam os contactos da unidade. Segundo Costello & Thompson (2015), uma das premissas promotoras da segurança na autoadministração de opioides, é precisamente que a pessoa saiba como e onde retirar as suas dúvidas, enunciando claramente como contactar o prescritor em caso de dúvida.

O enfermeiro tenta perceber quais as expectativas da pessoa idosa e família relativamente à dor crónica, enquadrando-as em limites expectáveis e realistas. Procura saber o que a pessoa idosa e família sabem sobre a autoavaliação da dor e o regime terapêutico no domicílio. Lopes (2007) e a DGS (2008) declaram que, antes de iniciar a terapêutica com opioides, o doente deve ser avaliado e esclarecido em relação às suas crenças, medos e expectativas sobre a sua dor. Timmerman et al (2016), referem que as crenças acerca da doença e da medicação são importantes preditores da não adesão terapêutica.

Procura ainda compreender a história de dor (localização, descritores, temporalidade, intensidade, fatores de exacerbação, fatores de alívio, medicação analgésica que realizava no domicílio, duração do seu efeito, impacto da dor na satisfação das AVD's e AVD), e qual o significado que esta tem na sua trajetória de vida (DGS, 2008, 2010). Tenta perceber se existem medos ou mitos associados à toma de analgésicos, como o caso dos opioides. Lopes (2007) e a DGS (2008) declaram que, antes de iniciar a terapêutica com opioides, o doente deve ser avaliado e esclarecido relativamente a esta medicação, e informado das suas potencialidades, limitações e efeitos secundários.

O enfermeiro realiza, ainda, uma avaliação multidimensional da dor e da pessoa idosa, com recurso a escalas e outros instrumentos de avaliação que julgue

pertinentes para aquela situação. Tenta perscrutar quais as reais necessidades e potencialidades da pessoa idosa e quais as particularidades no seu padrão único de vida. Em conjunto, procuram possibilidades e recursos da pessoa idosa para o cuidado de Si (Gomes, 2013, 2016).

Terceira fase: capacitar/possibilitar.

Capacitar - Construir uma ação conjunta no desenvolvimento de competências para agir e decidir. O enfermeiro partilha a responsabilidade e poder, ajudando a transformar as capacidades potenciais em reais. Aguardando, não impondo, respeitando o tempo do doente e da família. A pessoa idosa tem, assim, o poder de decisão, após informação clarificadora e alvo de reflexão (Gomes, 2013, 2016).

O enfermeiro partilha conhecimentos com a pessoa idosa e sua família relativamente ao regime terapêutico, nomeadamente a terapêutica opioide (de base e de resgate). Sempre que possível, fornece folhetos informativos relativamente à medicação opioide, dando tempo e espaço para a assimilação de informação. Segundo as recomendações da NICE (2012), deve ser providenciada informação escrita sobre os efeitos secundários mais comuns, sinais de toxicidade e o seu armazenamento. Tenta indagar a pessoa idosa relativamente à presença de mitos, crenças e medos, incentivando a sua expressão. Partilha, ainda, conhecimentos sobre os efeitos secundários mais frequentes (obstipação, náuseas, vômitos e sedação), sobre a sua vigilância e prevenção. Relativamente à obstipação, informa que é o sintoma que tende a persistir com o tempo, partilhando conhecimentos relativamente à sua prevenção. Informa sobre a importância de não parar a toma de opioides abruptamente, sem indicação do médico do CMD. O enfermeiro promove a articulação de cuidados, quando estes ultrapassam a sua área, nomeadamente encaminhando para a consulta médica. O enfermeiro promove a adesão terapêutica, relativamente ao esquema terapêutico de base e resgate prescrito, antecipando complicações.

Possibilitar – O enfermeiro utiliza os conhecimentos que detém da pessoa e da sua experiência de vida, ajudando a capacitar a família para cuidar da pessoa idosa, nomeadamente em relação ao controlo da dor crónica não oncológica.

Quarta fase: Comprometer-se. Desenvolvimento de esforços conjuntos no sentido de atingir os objetivos definidos. As ações efetuadas visam a transição de uma capacidade potencial para capacidade real (Gomes, 2013, 2016).

Os enfermeiros validam as intervenções realizadas na promoção do cuidado de Si, no controlo da dor crónica não oncológica, nomeadamente no que concerne à adesão à terapêutica opioide. O enfermeiro suporta as escolhas e decisões da pessoa idosa e família, respeitando-as e efetuando as ações necessárias.

Quinta fase: Assumir o cuidado de si/assegurar o cuidado do Outro.

Assumir o cuidado de Si: pressupõe que a pessoa idosa consegue prosseguir com o seu projeto de vida e saúde. Está informada e consegue decidir qual o melhor caminho para si (Gomes, 2013, 2016).

A pessoa idosa sabe autoavaliar a sua dor, utilizando a escala com que se sintam mais confortável, sabe gerir o seu regime terapêutico (como aceder ao CMD ou a utilização de medidas não farmacológicas para controlo da dor) e regime medicamentoso (terapêutica de base e de resgate prescrita). Relativamente à terapêutica opioide, detém conhecimentos acerca dos possíveis efeitos secundários e sobre como realizar a sua vigilância e prevenção. Conhece os recursos disponíveis no CMD, nomeadamente a consulta telefónica. A pessoa idosa manifesta ter a sua dor controlada e o enfermeiro mantém-se como um recurso.

Assumir o cuidado do Outro: a família adquire capacidade para cuidar da pessoa idosa com dor crónica não oncológica, sob terapêutica opioide. Sabe como gerir o regime terapêutico e medicamentoso.

2. METODOLOGIA

Neste capítulo iremos explicitar o tipo de metodologia utilizada para a realização do projeto de estágio. A finalidade deste projeto passou por desenvolver competências de enfermeiro mestre e especialista na área médico-cirúrgica, no cuidado à pessoa idosa e sua família, nomeadamente na promoção do cuidado de Si, à pessoa idosa com dor crónica não oncológica, sob terapêutica opioide, seguida na consulta da Unidade Dor, com recurso à consulta telefónica.

Segundo o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista,

enfermeiro especialista é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em Enfermagem (...) envolvem as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática de enfermagem. (Diário da República, 2019, p.4744).

O enfermeiro especialista na área médico-cirúrgica, vertente da pessoa idosa, desenvolve competências, de forma a cuidar das pessoas idosas em situação de doença crónica e crónica agudizada e sua família, em contexto intra e extra-hospitalar (ESEL, 2017).

Relativamente às competências de mestre em enfermagem, passam por desenvolver uma capacidade de análise acerca do conhecimento que sustenta a prática de enfermagem e aplica este conhecimento nos diferentes contextos, nomeadamente através da produção de projetos que reflitam e questionem as práticas existentes ao nível de enfermagem (ESEL, 2014). O grau de mestre implica,

possuir conhecimentos e capacidade de compreensão (...) em muitos casos em contexto de investigação. Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares (...) lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos (...) ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes (...). (Diário da República, 2006, p. 2246-2249).

Para tal, optou-se por seguir a **metodologia de trabalho de projeto**, que permite a resolução de problemas no seu contexto real, desenvolvendo capacidades e competências pessoais (Ruivo et al, 2010). Trata-se de uma metodologia suportada num processo de investigação, que estabelece uma dinâmica entre a teoria e a prática, onde o investigador interfere no campo da investigação. Esta metodologia

implica um envolvimento de todos os intervenientes e da população em que se centra o projeto (Ruivo et al, 2010). Relativamente às etapas que constituem o trabalho de projeto, Ruivo et al (2010), define seis: identificação do problema e diagnóstico da situação; definição de objetivos; seleção de estratégias; programação das atividades; avaliação do trabalho e divulgação dos resultados.

Numa primeira fase, na unidade curricular “Opção II”, que decorreu no segundo semestre, pretendeu-se **identificar o problema e realizar o diagnóstico de situação** num determinado contexto, neste caso, num centro multidisciplinar dor (CMD). Através da revisão da literatura realizada, e das visitas ao contexto, nomeadamente na primeira reunião com a enfermeira coordenadora do CMD, concluiu-se que a população idosa tinha dificuldade em aderir à medicação analgésica, particularmente a opioide, pois esta reveste-se de um conjunto de mitos, preconceitos e medos, não só para a pessoa idosa, mas como para a sua família, profissionais de saúde e a sociedade no geral, pelo que se pretendeu desenvolver um projeto que passasse por fomentar a adesão à terapêutica opioide, capacitando os enfermeiros do CMD para o fazer.

A utilização de opioides na DCNO permite que a pessoa idosa tenha a sua dor controlada, possibilitando, ainda, uma melhoria na funcionalidade física e mental, com consequente melhoria na qualidade de vida da pessoa idosa (Lopes, 2007; DGS, 2008). Ao ter a sua dor controlada, a pessoa idosa conseguirá assumir o cuidado de Si, conseguindo prosseguir com o seu projeto de vida e de saúde (Gomes, 2013, 2016). A consulta telefónica surgiu, como um recurso que ajuda a suportar a pessoa idosa e a promover o cuidado de Si, tendo um acompanhamento de proximidade, que possibilita a relação de parceria entre o enfermeiro e a pessoa idosa, juntamente com a sua família.

Ainda nesta unidade curricular, foi-nos proposta a elaboração de um projeto de estágio, com base no diagnóstico de situação realizado. Para tal, foram delineados objetivos e atividades que nos propuséssemos desenvolver durante o estágio a realizar no 3º semestre.

O presente projeto incidiu na promoção do cuidado de Si, nomeadamente a adesão à terapêutica opioide na pessoa idosa com dor crónica não oncológica, conjugando, para isso, os saberes e a prática clínica da equipa da enfermagem do CMD, com a evidência científica, que nos auxiliasse a entender este fenómeno e nos fornecesse estratégias a utilizar no dia-a-dia. Para isso, foram delineados os seguintes

objetivos gerais, tendo em conta os contextos onde foi realizado o estágio (CMD e numa equipa de ECCI):

1. Desenvolver competências como enfermeiro especialista no cuidado à pessoa idosa, nomeadamente na intervenção em parceria à pessoa idosa com dor crónica não oncológica sob terapêutica opioide e sua família, promovendo o cuidado de Si, na consulta da dor (no CMD);
2. Contribuir para o desenvolvimento do projeto que se encontra em curso no CMD intitulado: *“Consulta telefónica na unidade de dor: promoção do cuidado de Si à pessoa idosa com dor crónica em casa”*, fomentando o desenvolvimento de competências na equipa de enfermagem, para intervenção em parceria à pessoa idosa com dor crónica não oncológica sob terapêutica opioide, promovendo o cuidado de Si, através da consulta telefónica de enfermagem (no CMD);
3. Promover competências na equipa da uma UCC para a intervenção em parceria à pessoa idosa com dor crónica não oncológica sob terapêutica opioide e sua família, potenciando o cuidado de Si (na ECCI);
4. Desenvolver competências como enfermeiro especialista no cuidado à pessoa idosa, nomeadamente na intervenção em parceria à pessoa idosa com dor crónica não oncológica, sob terapêutica opioide, promovendo o cuidado de Si, no seu contexto domiciliário (na ECCI).

Numa segunda fase, foram delineados **objetivos específicos, atividades e indicadores de avaliação**, relativamente a cada objetivo geral, esquematizados nos quadros de 1 a 4 que se apresentam seguidamente.

Quadro 1 – Objetivos gerais e específicos, atividades e indicadores de avaliação para o desenvolvimento de competências de especialista e mestre.

Objetivo Geral 1: Desenvolver competências como enfermeiro especialista no cuidado à pessoa idosa, nomeadamente na intervenção em parceria à pessoa idosa com dor crónica não oncológica, sob terapêutica opioide e sua família, promovendo o cuidado de Si, na Consulta da Dor.

Objetivo específico	Atividades	Indicadores
Aprofundar conhecimentos sobre a PI com dor crónica não oncológica, sob terapêutica opioide, seguida na consulta telefónica.	Revisão scoping da literatura sobre a PI com dor crónica e a sua dificuldade em aderir à terapêutica opioide e que intervenções de enfermagem podem promover esta adesão;	Resultados da revisão scoping;
		Resultados da revisão da literatura;
	Revisão da literatura sobre as vantagens da consulta telefónica no cuidado à PI;	Reflexões sobre as aprendizagens adquiridas;
	Identificação de escala que avalie a adesão à terapêutica opioide;	
	Reuniões de orientação tutorial.	Escala identificada;
		Registo das reflexões sobre as reuniões tutoriais.

Intervir em parceria com a PI com dor crónica não oncológica, nomeadamente sob terapêutica opioide, e junto da sua família, de forma a promover o cuidado de Si.	Estágio no CMD de 26/9/17 a 9/2/18;	Avaliações de desenvolvimento pelos orientadores;
	Prestação de cuidados de enfermagem em parceria com a PI com dor crónica não oncológica, sob terapêutica opioide, e sua família, na consulta telefónica e/ou presencial:	Reflexões das aprendizagens realizadas;
	- Avaliação inicial da PI com dor crónica com base no protocolo de parceria desenvolvido no serviço, incluindo a avaliação multidimensional da PI e avaliação multidimensional da Dor da PI, com recurso a escalas que se julguem pertinentes;	
	- Entrevistas à PI, para conhecer a sua singularidade e perceber o impacto que a dor crónica tem na sua vida;	
	- Entrevistas à PI para perceber os seus receios, mitos associados e dificuldades que sente relativamente à medicação opioide;	
	- Planeamento de intervenções de enfermagem;	
	- Participação em intervenções autónomas e interdependentes (técnicas não farmacológicas de controlo da dor);	Existência de estudos de caso que demonstrem a promoção do cuidado de Si;
	- Monitorização da PI com dor crónica;	
	Elaboração de estudos de caso;	
	Reuniões de orientação tutorial;	Reflexões sobre os estudos de caso;
	Reuniões formais e informais com a equipa de enfermagem, para reflexão das práticas.	Registo das reflexões sobre as reuniões.

Quadro 2- Objetivos gerais e específicos, atividades e indicadores de avaliação para o desenvolvimento de competências na equipa de enfermagem do CMD.

Objetivo Geral 2: Contribuir para o desenvolvimento do projeto que se encontra em curso na Unidade da dor intitulado: *“Consulta telefónica na unidade de dor: promoção do cuidado de Si à pessoa idosa com dor crónica em casa”*, fomentando o desenvolvimento de competências na equipa de enfermagem para intervenção em parceria à pessoa idosa com dor crónica não oncológica sob terapêutica opioide, promovendo o cuidado de Si, através da consulta telefónica de enfermagem.

Objetivo específico	Atividades	Indicadores
Contribuir para o desenvolvimento de competências na equipa do CMD relativamente à intervenção em parceria à pessoa idosa com dor crónica não oncológica sob terapêutica opioide, para promover o cuidado de Si, através da consulta telefónica de enfermagem.	Realização de informações escritas que a PI possa levar para o domicílio, que reforcem os esclarecimentos fornecidos relativamente: À utilização de medicação opioide de base (ação lenta): - Hidromorfona (Jurnista); - Tapentadol (Palexia); - Morfina oral; - Oxycodona/ naloxona (Targin). E de resgate (ação rápida): - Fentanilo sub-lingual (Abstral); - Buprenorfina; - Morfina sub-lingual (Sevredol).	Informações escritas realizadas; Reflexão sobre o feedback da sua aplicação, por parte dos enfermeiros e PI;
	Intervenção em consultas telefónicas que integrem o projeto em curso;	Reflexões das aprendizagens;
	Avaliação final do projeto através de entrevistas à PI e família, entrevistas aos enfermeiros e, se for pertinente, equipa multidisciplinar e análise de registos realizados;	Reflexão sobre o impacto das intervenções na PI e na equipa;
	Divulgação dos resultados do projeto; Realização do relatório final do estágio.	Relatório Final de Estágio realizado.

Quadro 3 - Objetivos gerais e específicos, atividades e indicadores de avaliação para o desenvolvimento de competências na equipa de enfermagem de uma UCC da região de Lisboa.

Objetivo Geral 3: Promover competências na equipa da uma UCC para a intervenção em parceria à pessoa idosa com dor crónica não oncológica sob terapêutica opioide e sua família, potenciando o cuidado de Si.

Objetivo específico	Atividades	Indicadores
Sensibilizar a equipa de enfermagem da UCC para a intervenção em parceria com a PI na gestão da sua dor crónica, nomeadamente na adesão à terapêutica opioide, e sua família.	Disponibilidade para realizar uma formação em contexto de trabalho sobre esta temática, de acordo com as necessidades da equipa.	Sessão de formação realizada; Reflexão sobre a formação, análise das práticas de cuidados.

Quadro 4- Objetivos gerais e específicos, atividades e indicadores de avaliação para desenvolver competências como enfermeiro especialista no cuidado à pessoa idosa no seu contexto domiciliário.

Objetivo Geral 4: Desenvolver competências como enfermeiro especialista no cuidado à pessoa idosa, nomeadamente na intervenção em parceria à pessoa idosa com dor crónica não oncológica, sob terapêutica opioide, promovendo o cuidado de Si, no seu contexto domiciliário.

Objetivo específico	Atividades	Indicadores
Intervir em parceria com a PI com dor crónica não oncológica, nomeadamente sob terapêutica opioide, e junto da sua família, de forma a promover o cuidado de Si.	Prestação de cuidados de enfermagem em parceria com a PI com dor crónica não oncológica, sob terapêutica opioide: - Entrevistas à PI para compreensão da sua especificidade e o impacto que a DC tem na sua vida - Avaliação do contexto onde vive a PI; - Avaliação inicial da PI com dor crónica, incluindo a avaliação multidimensional da PI e avaliação multidimensional da Dor da PI, com recurso a escalas que se julguem pertinentes; - Entrevistas à PI para perceber a dificuldade na gestão da medicação analgésica, nomeadamente opioide; - Entrevistas à PI para perceber os seus receios, mitos associados e dificuldades que sente relativamente à medicação opioide; - Planeamento de intervenções de enfermagem. Realização de um estudo de caso.	Reflexão das aprendizagens realizadas; Estudo de caso realizado.

3. ATIVIDADES E APRENDIZAGENS REALIZADAS PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

O estágio realizado teve lugar em duas unidades distintas: cuidados diferenciados, num CMD, e cuidados de saúde primários, numa UCC, ambos na área de Lisboa. De forma a estruturar as atividades e aprendizagens desenvolvidas em ambos os contextos, decidiu-se subdividir este capítulo.

3.1. Atividades e aprendizagens realizadas para o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista e mestre no cuidado à Pessoa Idosa, em contexto de cuidados diferenciados

Neste subcapítulo pretende-se descrever e justificar as atividades e aprendizagens realizadas no estágio no CMD, que decorreu entre 25 de setembro a 15 de dezembro de 2017 e de 29 de janeiro a 9 de fevereiro de 2018.

Os objetivos gerais traçados serão utilizados como linha orientadora.

3.1.1. Desenvolver competências como enfermeiro especialista no cuidado à pessoa idosa, nomeadamente na intervenção em parceria à pessoa idosa com dor crónica não oncológica sob terapêutica opioide e sua família, promovendo o cuidado de Si, na consulta da dor.

Como referido anteriormente, o enfermeiro especialista tem o dever de decodificar e disseminar investigação relevante, que permita avançar e melhorar a nossa práxis (Diário da República, 2019). A revisão da literatura suportada na metodologia da **revisão *scoping*** (Apêndice I), permitiu perscrutar a literatura existente acerca de intervenções de enfermagem que promovam a adesão à terapêutica opioide na população idosa com dor crónica não oncológica. Através da revisão da literatura efetuada, pretendeu-se procurar evidência científica que sustentasse este projeto e as intervenções realizadas no estágio, com vista ao desenvolvimento de competências de especialista e mestre. Procurámos, assim, cumprir o objetivo específico “aprofundar conhecimentos sobre a pessoa idosa com dor crónica não oncológica, sob terapêutica opioide, seguida na consulta telefónica”.

A questão de pesquisa que orientou o desenvolvimento da *scoping review*, foi desenvolvida, com base na mnemónica PCC: “Quais as intervenções de enfermagem (conceito) que promovem a adesão à terapêutica opioide na população idosa com dor crónica não oncológica (população), no contexto de comunidade (contexto)?”, tal como preconizado pelo Instituto Joanna Briggs (2015).

A pesquisa foi conduzida utilizando as palavras chave e termos de indexação identificados, através do motor de busca *EBSCOhost* com acesso a duas bases de dados: *CINAHL Plus with Full Text* e *Medline with Full Text*. Utilizaram-se os operadores booleanos *AND* e *OR* para a realização da pesquisa em ambas as bases de dados. Foi realizada a 28/5/2017 e foram utilizadas as seguintes palavras chave e termos indexados:

População: aged; aged, 80 and over; frail elderly; older adults;

Conceito: Medication compliance; medication management; medication adherence; pain management; analgesics, opioid; opiat*; opioid; chronic pain; non cancer chronic pain; nurs*; nurs* intervent*;

Contexto: community dwelling; community living.

Ao longo deste percurso, constatou-se que existem poucos estudos que explorem a problemática da não adesão à terapêutica opioide, sendo que os estudos americanos se focam mais em questões como os problemas de adição e formas de controlar a sobre-utilização dos opioides, tal como referem no seu estudo, Kipping, Maier, Bussemas & Schwarzer (2014). Desta forma, pode-se justificar os poucos resultados obtidos através desta pesquisa, sendo pertinente realizar mais estudos que se foquem nos problemas de subutilização da terapêutica opioide. Daí a importância e pertinência do presente projeto de estágio.

Não obstante, podemos retirar, dos estudos obtidos através desta pesquisa, algumas conclusões e implicações para a prática. A falta de conhecimentos da pessoa idosa, familiares, profissionais de saúde e sociedade em geral, perpetuam os medos e mitos relativos à medicação opioide. Isto pode levar a comportamentos de não adesão por parte da pessoa idosa e, conseqüentemente, a uma dor não controlada, com implicações na sua funcionalidade.

Na prática clínica, o enfermeiro pode promover a adesão à medicação opioide, na população idosa com dor crónica não oncológica, através de algumas intervenções. Os estudos obtidos através desta *scoping review*, destacam a importância de uma avaliação minuciosa da pessoa idosa; a partilha de informação acerca da utilização segura da medicação opioide e o reforço positivo dos esforços

realizados (Denenberg & Curtiss, 2016). Devem ser determinados objetivos realistas na implementação desta medicação, no que concerne à expectativa da melhoria da dor crónica, bem como da funcionalidade da pessoa idosa (Denenberg & Curtiss, 2016). O princípio “*start low and go slow*” deve ser considerado nesta população, devido às suas alterações metabólicas, que os tornam mais vulneráveis relativamente aos efeitos secundários (Denenberg & Curtiss, 2016). O telefone pode ser utilizado como meio de comunicação entre o profissional de saúde e pessoa idosa, diminuindo assim algumas barreiras (como a deslocação e o transporte) do contato presencial. É, assim, um meio eficiente na população mais idosa (Chang, Compton, Almeter & Fox, 2015).

Conclui-se que esta é uma área que carece de mais estudos de investigação, sobretudo estudos randomizados.

A revisão da literatura possibilitou o desenvolvimento de competências ao nível da investigação, uma vez que, por si só, constitui uma metodologia de investigação secundária. Possibilitou, ainda, o desenvolvimento de **competências do domínio das aprendizagens profissionais**, através da procura ativa da melhor evidência possível e da interpretação, organização e divulgação dos dados provenientes desta evidência, visando ganhos em saúde dos clientes; **competências do domínio da melhoria da qualidade**, acedendo à evidência científica para a melhoria contínua dos cuidados prestados.

O **Modelo de Parceria de Cuidados com a Pessoa Idosa**, preconizado por Gomes (2013, 2016), serviu de guia durante este percurso académico, tendo sustentado as interações e cuidados à pessoa idosa com dor crónica não oncológica, sob terapêutica opioide, e sua família. A utilização do modelo possibilitou uma abordagem e um cuidado centrado na pessoa idosa, neste caso, com dor crónica não oncológica e sob terapêutica opioide. Permitiu um conhecimento aprofundado da pessoa idosa, identificação das suas reais necessidades, partilha de responsabilidade e poder e potencialização das suas capacidades, para que conseguisse dar continuidade ao seu projeto de vida e de saúde, tendo a sua dor controlada. O facto de o instrumento de colheita de dados do CMD ter sido elaborado com base neste modelo, foi facilitador deste processo, permitindo também observar como o Modelo de Parceria de Cuidados (Gomes, 2013, 2016) se pode operacionalizar na prática.

A operacionalização do Modelo de Parceria de Cuidados (Gomes, 2013, 2016) permitiu, assim, um cuidado centrado na pessoa idosa. McCormack & McCance (2006) afirmam que o cuidado centrado na pessoa exige o estabelecimento de uma relação terapêutica entre os profissionais, clientes e as suas pessoas significativas,

relação esta desenvolvida através da confiança mútua, compreensão e partilha de conhecimentos. Brink & Skott (2013) ressaltam que o cuidado centrado na pessoa se baseia na parceria entre o cliente e o profissional de saúde e é iniciado através da narrativa do cliente. Implica que o enfermeiro desenvolva capacidades de escuta ativa das suas narrativas, incluindo a sua história de vida, doença atual e expectativas que possui.

Foi elaborado um **guião de colheita de dados** (Apêndice II) baseado no Modelo de Parceria com a Pessoa Idosa (Gomes, 2013, 2016), através das suas cinco fases (revelar-se, envolver-se, capacitar ou possibilitar, comprometer-se e assumir o controlo do cuidado de si ou assegurar o cuidado do outro), de forma a guiar todo o processo de interação com a pessoa idosa, tendo servido de documento orientador de todo o estágio. Este guia permitiu, ainda, a preparação das entrevistas realizadas à pessoa idosa, inclusive os estudos de caso elaborados.

A preparação e elaboração do **estudo de caso** neste contexto (Apêndice III), permitiu desenvolver competências como enfermeira especialista em enfermagem médico cirúrgica, vertente da pessoa idosa, dada a complexidade da intervenção realizada, nomeadamente em relação ao esquema terapêutico em causa, que incluía incrementos de dosagem e titulação de opioides, aliado à vulnerabilidade inerente da pessoa idosa. A intencionalidade dos cuidados de enfermagem, foi uma das grandes aprendizagens obtidas durante o estágio no CMD, nomeadamente, neste caso, através da preparação e elaboração do estudo de caso. Wright & Leahey (2009), afirmam que nenhuma conversa com uma pessoa ou familiar é trivial. Todas as conversas ou interações devem ser interativas, significativas e com um propósito, permitindo à pessoa e/ou família reconhecer o próprio potencial de cura. O tempo despendido nas sessões de diatermia (cerca de 30 minutos), foi direcionado para conhecer a Sra. M.L., a sua história de vida e de saúde, a sua história de dor e as suas dificuldades na adesão ao esquema terapêutico. Como referem as autoras supracitadas, a arte de ouvir as histórias de vida da pessoa idosa, por si só, já constitui uma intervenção de enfermagem.

Outra grande aprendizagem deste estágio, já referida anteriormente, foi a atenção dada pelos enfermeiros do CMD no conhecimento da pessoa idosa, na escuta ativa da sua história de vida e de saúde/doença. Como refere Collière (1999),

a prática de enfermagem encontra a sua razão de ser na pessoa tratada. É o doente que é o referente, o ponto de partida e de chegada dos cuidados...cuidados que não adquirem sentido senão a partir dele, daquilo que é, do que representa no seu do seu ambiente

social...os cuidados não têm sentido senão em relação com a sua realidade, com a maneira como vive...como vive a sua doença... (Collière, 1999, p. 151)

Este estágio possibilitou, também, a reflexão sobre a importância da **avaliação multidimensional** da pessoa idosa. O enfermeiro, segundo uma avaliação criteriosa, avalia a necessidade de aplicação de algumas escalas, de forma a objetivar o seu diagnóstico e futuras intervenções. Por exemplo, aplica o MMSE para perceber em que áreas a pessoa idosa detém mais dificuldades, ou se apresenta um déficit cognitivo instalado; realiza um genograma e ecomapa de forma a identificar as forças e ligações daquela família, reconhecendo as suas forças, de forma a mobilizar recursos internos; aplica a escala de Barthel para perceber o grau de dependência na satisfação das AVD's, e em que áreas necessita de maior apoio. A avaliação multidimensional, particularmente a utilização de algumas escalas, permite ainda que as pessoas idosas se revelem aos enfermeiros, abordando assuntos que dificilmente surgiriam neste contexto. Foi realizada uma pesquisa acerca dos instrumentos de avaliação multidimensional, tendo sido utilizados aqueles que mais se adequavam à situação de cuidados. Para isso, serviu também de apoio a aula lecionada no segundo semestre, na unidade curricular "Enfermagem ao idoso com doença crónica". É de realçar a necessidade de treino e formação na utilização destas escalas, facto esse que foi trabalhado durante este percurso académico.

A escolha das escalas a utilizar na avaliação multidimensional da pessoa idosa, é uma competência do enfermeiro especialista no cuidado à pessoa idosa, pois este é perito na compreensão dos processos de envelhecimento. Para além disso, a avaliação clínica desta população exige uma abordagem holística e multidimensional, tendo como foco a pessoa idosa e os seus problemas.

Estas atividades, dão resposta ao objetivo específico "intervir em parceria com a pessoa idosa com dor crónica não oncológica, nomeadamente sob terapêutica opioide, e junto da sua família, de forma a promover o cuidado de Si". Para este objetivo específico, também contribuíram as **reuniões de orientação tutorial** com a professora orientadora, bem como a **orientação da enfermeira especialista no contexto**. Ambas foram fulcrais neste percurso académico, norteando a linha de pensamento e a reflexão sustentada e crítica sobre as situações de cuidados.

Neste estágio, houve a oportunidade de **observar os cuidados e de participar no circuito desta unidade**, passando pelo hospital de dia, acolhimentos de primeira vez, e visitas aos doentes de internamento, que eram referenciados ao CMD para controlo da dor. Os tratamentos farmacológicos e não farmacológicos realizados no

CMD são múltiplos, tendo sido bastante enriquecedor ter tido a oportunidade de participar neles. Destacam-se os tratamentos de diatermia, TENS, titulações terapêuticas via EV, bloqueios periféricos, bloqueios ecoguiados, tratamentos com capsaína a 8% (Qutenza), mesoterapia, viscosuplementação, ondas de choque, ozonoterapia, acupuntura... ¹

Estes tratamentos são prescritos em consulta médica e alguns deles aplicados diretamente pela equipa de enfermagem, como o caso das titulações, diatermia e tratamentos de capsaína. Todos carecem de cuidados de enfermagem específicos e, em todos eles, havia o cuidado de explicar à pessoa idosa em que consistia, realizando os ensinamentos de forma personalizada.

Como referido anteriormente, este estágio permitiu refletir sobre a intencionalidade dos cuidados de enfermagem. Todas as conversas que os enfermeiros do CMD tinham, com a pessoa idosa e sua família, foram terapêuticas, permitindo-lhes reconhecer o próprio potencial de cura, tal como Wright & Leahey (2009) afirmam. Os enfermeiros encorajavam a pessoa idosa e sua família a expressar as suas crenças, clarificavam a compreensão acerca dos cuidados de saúde e encorajavam a reflexão sobre a sua situação atual. Elogiavam a pessoa idosa e família, oferecendo uma visão deles mesmos, sobre as suas forças (Wright & Leahey, 2009).

Outra aprendizagem adquirida neste contexto, adveio da reflexão acerca da importância do trabalho em equipa multidisciplinar (enfermeiros, médicos, assistentes operacionais, psicóloga e assistente social). Os casos mais complexos eram

1

Diatermia: modalidade que utiliza bandas de radiofrequência, gerando calor tecidual profundo;

TENS (Neuroestimulação elétrica transcutânea): utilização de impulsos elétricos na pele, exercendo uma ação analgésica;

Titulação via EV: tem como objetivo determinar a dose que produz analgesia satisfatória com os menores efeitos possíveis;

Bloqueios de nervos periféricos: técnica invasiva, que permite a administração de terapêutica anestésica, analgésica e/ou anti-inflamatória;

Tratamento com adesivo de Capsaína 8%: constituído por um derivado da malagueta, que proporciona uma sensação de calor. A sua aplicação tem a duração de cerca de 2h;

Mesoterapia: administração de medicamentos via intradérmica;

Viscosuplementação: injeção intra-articular de um produto elasto-viscoso, habitualmente derivado do ácido hialurónico;

Ondas de choque: administração de energia acústica nos tecidos corporais;

Ozonoterapia: utilização de ozono médico (5% de ozono + 95% de oxigénio), podendo ser usado por diferentes vias.

debatidos em equipa multidisciplinar, sendo que o enfermeiro possuía um papel fulcral na referenciação para a consulta médica e de psicologia, despistando ainda os casos que careciam de avaliação por parte da assistente social. Existia, ainda, uma preocupação relativa à educação constante de todos os elementos, através das formações que se realizavam todas as semanas (habitualmente à segunda-feira).

É de realçar, a preocupação e procura constante pela melhoria das práticas de enfermagem, por parte da equipa de enfermagem do CMD, nomeadamente através do desenvolvimento, em parceria com a UI&DE, de um projeto de investigação. Este projeto consistia num estudo de investigação-reflexão-ação com o objetivo de promover o cuidado de Si à pessoa idosa com dor crónica em casa através da consulta telefónica de enfermagem (UI&DE, 2017). Neste projeto, as consultas telefónicas eram realizadas proactivamente pelos enfermeiros do CMD. As consultas telefónicas permitiam realizar apoio, orientação e supervisão individualizada ao modo como a pessoa idosa adería e geria a medicação, nomeadamente os opioides, minimizando os fatores que pudessem estar a dificultar o processo de cuidado de Si.

Houve a oportunidade de realizar algumas consultas de primeira vez (acolhimentos) à pessoa idosa, com dor crónica não oncológica. Atualmente, a avaliação inicial de enfermagem é realizada com base no modelo de parceria de cuidados (Gomes, 2013, 2016), fruto do percurso académico de especialidade e mestrado de alguns dos seus elementos integrantes. Uma das aprendizagens adquiridas neste percurso foi, exatamente, a operacionalização de um modelo de enfermagem centrado na pessoa, neste caso, idosa e com dor crónica. A avaliação inicial de enfermagem, constitui o primeiro contacto das pessoas idosas com o CMD. Nestas consultas, o enfermeiro procura conhecer a identidade da pessoa idosa, o seu ambiente familiar, antecedentes pessoais, história da dor, terapêutica realizada no domicílio, o seu efeito analgésico e, ainda, de que forma a sua dor crónica influencia a satisfação das suas AVD e AIVD. O enfermeiro estabelece uma relação de parceria com a pessoa idosa e sua família, fornecendo as ferramentas necessárias para que a pessoa idosa saiba autoavaliar a sua dor, com base na escala com que se sente mais confortável (escala numérica, de faces ou qualitativa), e tenta perceber e ajustar as expectativas da pessoa idosa e sua família relativamente à dor crónica.

De uma forma geral, e, corroborando o que a literatura nos diz, verificou-se que as pessoas idosas vivem com dor crónica durante muitos anos, por vezes em mais que uma localização corporal, afetando gravemente a sua funcionalidade. Verificou-se, ainda, que sofrem de multi-patologias e estão muitas vezes polimedicados. Os

esquemas terapêuticos prescritos pelo CMD são, por vezes, complexos, envolvendo titulações com incrementos de dosagem, o que pode ser difícil de assimilar pela pessoa idosa. Aqui, o enfermeiro especialista em EMCVPI, possui os conhecimentos e estratégias necessárias, de forma a formular planos de cuidados centrados na pessoa idosa. O enfermeiro utiliza os recursos existentes, adequando a sua avaliação e intervenção (por exemplo, utilizando escalas de avaliação da dor para pessoas não comunicantes, como a PANAID). Dá tempo e espaço para a assimilação do esquema terapêutico, que, por vezes, é complexo, aproveitando todos os contatos com a pessoa idosa (quer presencias, quer não presenciais), para o validar. Nestes contactos, reforça alguns ensinamentos, monitoriza a pessoa idosa e, se necessário, encaminha para a consulta médica.

Através das **consultas presenciais e telefónicas**, realizadas à pessoa idosa com dor crónica não oncológica, concluímos que existem múltiplas barreiras no tratamento com a terapêutica opioide, tanto por parte da pessoa idosa e sua família, como pela sociedade per si. Estas conclusões vão ao encontro da revisão da literatura realizada nesta área. As pessoas idosas que não demonstravam comportamentos de adesão à medicação opioide, suspendiam, por vezes, a sua toma, sem indicação do médico do CMD, sem o devido desmame terapêutico preconizado. As razões apresentadas para este comportamento são aquelas descritas também na literatura: não sentiam o alívio esperado; algumas tinham esperança de ficar sem dor; referiam medo dos efeitos secundários; referiam que “faz mal ao coração” e “ao estômago” (SIC); e afirmavam já tomar muita medicação. Por exemplo, uma Sra. de 69 anos, referenciada pela consulta de neurocirurgia, por uma lombalgia por escoliose lombar que apresentava uma dor lombar tipo “aperto, pressão” (SIC), que irradiava para o membro inferior direito, até ao joelho. Referia dor no momento de EN=5 (sentada), dor máxima EN=9 (a deambular) e dor mínima EN=4 (em decúbito). Tinha suspenso a toma de Tapentadol (prescrito na consulta de neurocirurgia) há uma semana, porque tinha a consulta no CMD marcada e não notava melhorias. Quando validámos a terapêutica, apercebemo-nos que se tinha automedicado com AINE's, contraindicados nas pessoas idosas (DGS, 2013). Noutro exemplo, uma Sra. de 65 anos, com dor neuropática pós cirurgia à mão, com dor não controlada (Dor no momento de EN=9), tinha suspenso toda a terapêutica de base (que incluía opioides), por queixas de vômitos, sonolência e obstipação. Além disso, acreditava tomar demasiada medicação. Algumas pessoas idosas ficavam com receios, após lerem as bulas dos medicamentos opioides, suspendendo a sua toma. Ainda noutro exemplo, referimos

uma Sra. de 76 anos, seguida no projeto que decorria no CMD, que tinha Oramorph prescrito como terapêutica de resgate, que não tomava por medos associados à morfina.

O enfermeiro, nestes casos, fornece o suporte necessário, desmistifica as crenças associadas e fomenta adesão à terapêutica, para que a pessoa idosa possa ter a sua dor controlada e prossiga com o seu projeto de vida e saúde (Gomes, 2013, 2016).

Havia o cuidado de toda a equipa, em prevenir a obstipação nas pessoas sob terapêutica opioide, pois este é o único efeito secundário que pode persistir com o tempo. Os enfermeiros forneciam algumas informações oralmente, que eram reforçadas, por exemplo, com entrega de folhetos, dando tempo e espaço à pessoa idosa para a assimilação de novas informações. Quando iniciavam terapêutica com opioides transdérmicos, havia o cuidado de ensinar todos os cuidados inerentes, fazendo a primeira aplicação em conjunto com a pessoa idosa, ainda no consultório. Os enfermeiros adequavam as estratégias à pessoa idosa (por exemplo, escrevendo a data de mudança nos pensos).

Houve a oportunidade, tal como planeado, de realizar algumas **consultas telefónicas para o projeto que decorria no CMD**, às pessoas idosas com dor crónica. Muitas pessoas idosas mostravam alguma dificuldade em quantificar a sua dor e em responder à aplicação das escalas pretendidas (Inventário resumido da dor, MAT e Inventário de convicções e perceções relacionadas com a dor). Uma das primeiras conclusões deste estudo, foi de que as pessoas idosas acreditavam realizar a medicação como prescrita, sendo o score final do MAT (Medidas de adesão aos tratamentos) tradutor de adesão. Quando se validava a medicação, uma por uma, verificava-se frequentemente comportamentos de não adesão.

3.1.2. Contribuir para o desenvolvimento do projeto que se encontra em curso na Unidade da dor intitulado: “Consulta telefónica na unidade de dor: promoção do cuidado de Si à pessoa idosa com dor crónica em casa”, fomentando o desenvolvimento de competências na equipa de enfermagem para intervenção em parceria à pessoa idosa com dor crónica não oncológica sob terapêutica opioide, promovendo o cuidado de Si, através da consulta telefónica de enfermagem.

Como já foi referido, neste estágio, pretendeu-se contribuir para o desenvolvimento do projeto que decorria no CMD, contribuindo para desenvolver competências na equipa de enfermagem, relativamente à promoção da adesão à terapêutica opioide. Para isso, foi seguida a metodologia de investigação-ação. Com este tipo de abordagem metodológica, pretende-se a conceção de soluções para responder a problemas num contexto específico da prática. Para tal, é realizada uma análise da realidade, envolvendo os profissionais que aí trabalham na identificação do problema, implementação de soluções e interpretação final dos resultados (Morton-Cooper, 2000; Streubert & Carpenter, 2002).

Foi identificado um problema na prática de cuidados, tendo sido realizado um **diagnóstico da situação**. Através da revisão da literatura e das visitas ao contexto, concluiu-se que a população idosa tem dificuldade em aderir à medicação analgésica, particularmente a opioide, pois esta reveste-se de um conjunto de mitos, preconceitos e medos, não só para a pessoa idosa, mas também para a sua família, profissionais de saúde e sociedade no geral. O projeto desenvolvido teve, assim, o objetivo de promover a adesão à medicação opioide, conjugando os saberes e a prática clínica da equipa da enfermagem do CMD, com a evidência científica, que nos auxiliasse a entender este fenómeno e nos fornecesse estratégias a utilizar no dia-a-dia, no sentido de promover o cuidado de Si da pessoa idosa com dor crónica não oncológica.

Os **princípios éticos legais** para a sua concretização foram mantidos, através do pedido de autorização ao Conselho de Administração do hospital e parecer da Comissão de Ética, com respetivas autorizações (autorização da realização de estágio pela Diretora clínica e Diretora de enfermagem do CMD) e documentos exigidos. Optou-se por não anexar as autorizações concedidas, com o intuito de preservar o anonimato da instituição e dos participantes.

No dia 25 de outubro de 2017 foi realizada a **apresentação do projeto à equipa de enfermagem**, contando com 80% dos seus elementos. Intitulou-se “Promoção do cuidado de Si à pessoa idosa com dor crónica não oncológica, sob terapêutica opioide, seguida na consulta da Unidade da Dor, com recurso à consulta telefónica” (Apêndice IV), tendo como objetivo dar a conhecer o projeto à equipa de enfermagem, refletir sobre a sua pertinência e envolver os elementos na consecução do mesmo.

Os dados foram colhidos através da elaboração de dois instrumentos: um questionário a ser aplicado à equipa de enfermagem (Apêndice V) e uma grelha de análise dos registos de enfermagem (Apêndice VI). O questionário foi desenvolvido

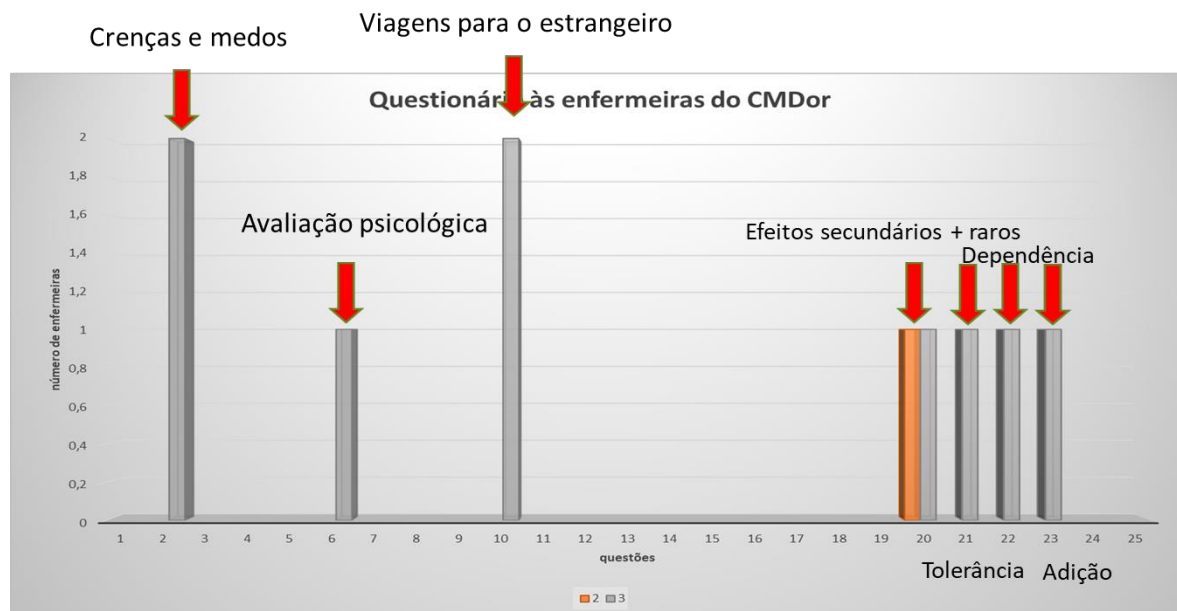
de forma a perceber as convicções da equipa de enfermagem acerca do acompanhamento da pessoa idosa com dor crónica não oncológica, sob medicação opioide. Já a análise de registos de enfermagem, foi realizada de forma a compreender quais as intervenções registadas pela equipa de enfermagem neste âmbito. Ambos foram construídos tendo por base a norma da DGS (2008) “Utilização dos medicamentos opióides fortes na dor crónica não oncológica”, bem como na revisão da literatura efetuada. Os tópicos abordados passam pela avaliação inicial de enfermagem no início da instituição da terapêutica opioide, recomendações genéricas a ter com esta medicação, avaliação na fase de titulação e avaliação na fase de monitorização, todos tidos como boas práticas na utilização da terapêutica opioide (DGS, 2008; Vallerand & Nowak, 2009; NICE, 2012).

Na fase seguinte, foi pedido aos elementos da equipa de enfermagem, o seu **consentimento informado escrito**, na participação do projeto, através da resposta a um questionário. Foi garantido o princípio do anonimato e confidencialidade dos dados, e assegurado que podiam desistir da sua participação em qualquer altura.

O **questionário** (Apêndice IV), como referido anteriormente, foi elaborado de forma a perceber as atitudes da equipa de enfermagem, no acompanhamento da pessoa idosa sob terapêutica opioide. Era constituído por 25 afirmações, onde se pedia para classificarem segundo uma escala de Likert de 5 itens. Constatou-se que as intervenções menos referidas pela equipa de enfermagem foram: a avaliação psicológica da pessoa idosa e de crenças e medos (no início do tratamento); informação acerca da necessidade de, caso viaje para o estrangeiro, necessitar de uma declaração médica; despiste de efeitos secundários mais raros e de eventuais sinais de tolerância, de dependência e de adição.

As atitudes mais referidas pela equipa de enfermagem foram: entrega de informação escrita sobre a terapêutica opioide; validação, juntamente com a pessoa idosa, da importância de não parar a medicação opioide abruptamente, sem indicação do médico/a da Unidade da Dor; avaliação da presença dos efeitos secundários mais frequentes (obstipação, náuseas, vômitos, sonolência e prurido); articulação com o/a médico/a quando a terapêutica se mostra ineficaz, ou quando a pessoa idosa apresenta efeitos secundários não controlados; despiste dificuldades de adesão da pessoa idosa e, sempre que necessário, encaminhamento para o/a médico/a.

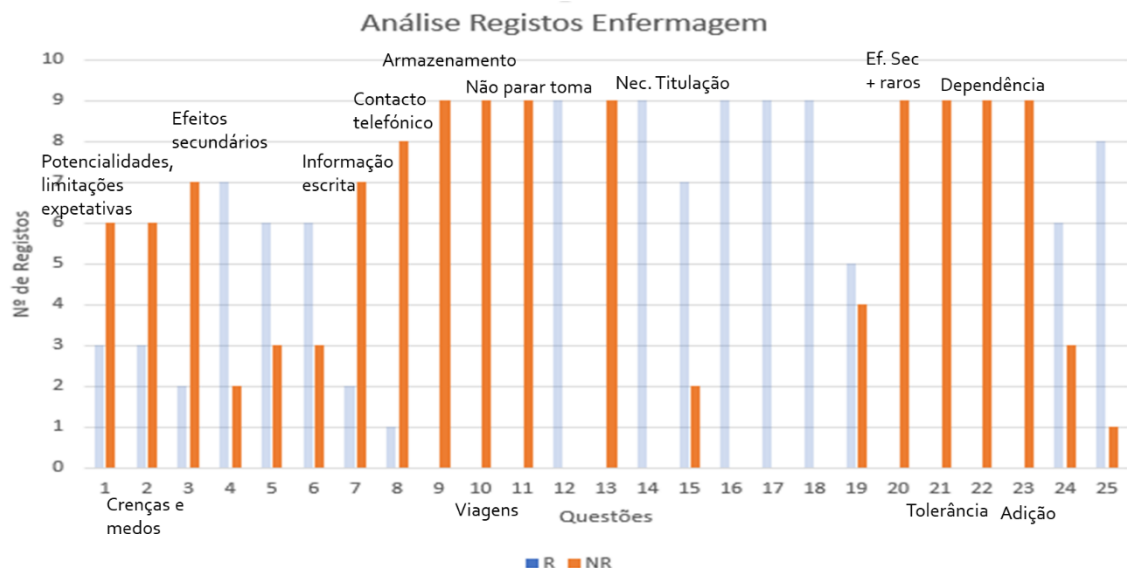
Gráfico 1. Atitudes menos referidas pela equipa de enfermagem, no cuidado à pessoa idosa com dor crónica não oncológica, sob terapêutica opioide.



Relativamente à **análise dos registos de enfermagem** (Apêndice V), pretendeu-se avaliar o registo das intervenções realizadas no acompanhamento/monitorização da pessoa idosa com dor crónica não oncológica, sob terapêutica opioide, no período entre outubro de 2017 a janeiro de 2018. Para tal, foram analisados 9 processos do projeto que decorria no CMD, que incluíam: a avaliação inicial de enfermagem; notas de evolução de enfermagem (de consultas presenciais e não presenciais); e todos os registos do projeto (registo das consultas telefónicas, Inventário resumido da dor, escala MAT e Inventário das convicções e perceções relacionadas com a dor).

As atitudes menos registadas foram: informação acerca das potencialidades e limitações da medicação opioide, e expectativas de alívio da dor (no início do tratamento); reforço sobre os efeitos secundários mais frequentes; fornecimento de informação escrita sobre a medicação opioide e seu armazenamento; informação sobre procedimentos caso viagem para o estrangeiro.

Gráfico 2. Intervenções menos registadas pela equipa de enfermagem, no cuidado à pessoa idosa com dor crónica não oncológica, sob terapêutica opioide, no projeto que decorria no CMD.



Na fase de **apresentação dos resultados** (Apêndice VII) dos questionários e análise dos registos, à equipa de enfermagem, foi realizada uma sessão para discussão dos resultados, utilizando a metodologia do *focus group*. Segundo Silva, Veloso & Keating (2014) o *focus group*, também denominado de grupo de discussão, pode ocorrer em diferentes fases do projeto de investigação. Segundo os mesmos autores, trata-se de uma técnica que visa a recolha de dados, através da interação do grupo sobre um tema apresentado pelo investigador, sendo que o próprio tem um papel ativo na dinamização da discussão do grupo.

Neste caso, foi aplicado na fase de apresentação e discussão de resultados à equipa de enfermagem, com o objetivo de conduzir a novos insights sobre a problemática da adesão à terapêutica opioide das pessoas idosas com dor crónica não oncológica. A equipa de enfermagem foi previamente informada desta sessão que decorreu no dia 18/01/18.

O grupo era constituído por 80% da equipa. Fomentou-se a criação de um ambiente confortável, que facilitasse a participação de todos os elementos. O papel de moderadora foi assumido pela autora do projeto, retirando notas ao longo da discussão. O papel de moderadora foi assumido, de acordo com Silva, Veloso &

Keating (2014), como alguém que não emite julgamentos; questiona e ouve, mantendo a conversa dentro de determinados moldes e rumo, permitindo a participação de todos os elementos.

Ao longo da apresentação dos resultados, foram incluídas algumas questões que guiassem o processo de análise e reflexão no seio da equipa de enfermagem.

Relativamente ao **questionário**, as atitudes menos referidas pela equipa de enfermagem, no acompanhamento da pessoa idosa com dor crónica, sob terapêutica opioide, foram: a avaliação psicológica da pessoa idosa e de crenças e medos (no início do tratamento); informação relativa à necessidade de uma declaração médica, caso viaje para o estrangeiro; despiste de efeitos secundários mais raros e de eventuais sinais de tolerância, de dependência e de adição.

Em relação à avaliação de crenças e medos relativamente à medicação opioide, quando esta é instituída, por vezes torna-se difícil de efetuar, pois a consulta de enfermagem antecede a consulta médica (por isso não sabem que medicação vai ser prescrita pelo médico da unidade). Constatou-se que é difícil, num primeiro contacto com a pessoa idosa, abordar todos os tópicos que a literatura diz serem fulcrais na adesão de terapêutica opioide, como é o caso da avaliação de crenças e medos.

Na avaliação psicológica da pessoa idosa, o enfermeiro, numa primeira abordagem, utiliza o histórico de antecedentes pessoais da pessoa idosa. Pode, ainda, induzir, através da medicação que realiza no domicílio, a presença de situações como ansiedade, depressão, psicoses e problemas de adição.

Na validação acerca da necessidade de obter uma declaração médica, caso viaje para o estrangeiro, a equipa pensa não ser oportuno numa primeira abordagem. Pode ser acrescentado na informação escrita que a pessoa idosa leva para o domicílio.

No despiste de efeitos secundários mais raros, a equipa pensa não ser oportuna a sua abordagem nos primeiros contactos, pois pode levar a que a pessoa idosa fique com mais receios em realizar esta terapêutica. É algo para que toda a equipa está alerta, despistando em todos os contactos com a pessoa idosa, quer presencialmente, quer através da consulta telefónica.

No despiste de eventuais sinais de tolerância, de dependência e de adição, a equipa refere que o facto de haver um sistema informatizado contribui para este despiste, sendo, muitas vezes, o enfermeiro o primeiro a detetar “sinais” de alerta, encaminhando para a consulta médica.

Todos os elementos da equipa são enfermeiros peritos na área da dor, estando alerta para todos os tópicos considerados como boas práticas na área da implementação da terapêutica opioide, sendo detentores de uma compressão intuitiva das situações, como refere Benner (1982). O enfermeiro não fornece toda a informação indiscriminadamente- vai abordando de acordo com a sua avaliação da pessoa idosa e da situação específica de cuidados, individualizando os ensinamentos realizados.

Relativamente à **análise de registos de enfermagem**, as atitudes menos registadas foram: informação acerca das potencialidades e limitações da medicação opioide, e expectativas de alívio da dor (no início do tratamento); reforço sobre os efeitos secundários mais frequentes; fornecimento de informação escrita sobre a medicação opioide e seu armazenamento; informação sobre procedimentos caso viagem para o estrangeiro.

No registo da abordagem em relação às potencialidades e limitações da medicação opioide, e expectativas de alívio da dor, no início da instituição da medicação, conclui-se que é muitas vezes realizado pela equipa de enfermagem, mas não é registado. Este tópico é fulcral na adesão à terapêutica opioide, na pessoa idosa e, por isso, deve ser alvo de registo. É necessário abordar as expectativas da pessoa idosa relativamente à sua dor e ao alívio esperado com a terapêutica. O enfermeiro deve balizar estas expectativas, pois na dor crónica, muitas vezes, é impossível a “cura”.

Relativamente ao registo do reforço fornecido relativamente aos efeitos secundários mais frequentes, a equipa pensa que embora possa não estar registado, está subentendido quando se regista que foram efetuados ensinamentos acerca da terapêutica. Ainda assim, compreendem a importância de ficar explícita a sua abordagem, pois o receio relativamente aos efeitos secundários é considerado a causa mais frequente nos comportamentos de não adesão à terapêutica opioide.

No registo do fornecimento de informação escrita sobre a medicação opioide, concluiu-se que existiam poucos folhetos sobre esta terapêutica. Os que existiam referiam-se à terapêutica via transdérmica (Fentanyl e Buprenorfina).

Acerca do registo da informação fornecida acerca do armazenamento da medicação opioide, necessidade de requisitar uma declaração caso viaje para o estrangeiro e importância de não parar a medicação abruptamente, a equipa reconhece a sua importância, referindo que podiam ser tópicos a incluir nas informações escritas fornecidas à pessoa idosa.

Concluiu-se que seria vantajoso elaborar informações escritas que a pessoa idosa pudesse levar para o domicílio, complementando as fornecidas em consulta presencial. O tópico das expectativas de alívio com a terapêutica opioide poderia ser incluído nestes folhetos. Com esta estratégia, o enfermeiro fornece tempo e espaço para a assimilação de novas informações (Gomes, 2013, 2016).

A consciência do papel fundamental dos enfermeiros na promoção da adesão a terapêutica no tratamento e controlo da dor, obriga a criar condições para ir ao encontro da pessoa idosa e família, vendo-os como parceiros de cuidados. Assim, promoveu-se um contexto de formação-reflexão-ação na equipa de enfermagem, levando à reformulação das práticas de cuidados relativamente à promoção da adesão à terapêutica opioide no controlo da dor crónica não oncológica na pessoa idosa, visando ultrapassar mitos e estereótipos e promover o cuidado de Si. Sugerimos o alargamento desta investigação à equipa multidisciplinar.

Todo o percurso metodológico, desde a elaboração do projeto, ao seu desenvolvimento (através da elaboração e aplicação do questionário, avaliação dos registos de enfermagem e divulgação dos resultados à equipa), permitiram o **desenvolvimento de competências de mestre em enfermagem**, pois foram trabalhadas competências de investigação, bem como de comunicação e divulgação das conclusões decorrentes desta (Diário da República, 2006).

Foi, assim, elaborado um projeto alicerçado na reflexão das práticas existentes ao nível da enfermagem (ESEL, 2014). Além disso, permitiram o desenvolvimento de **competências ao nível da melhoria contínua da qualidade dos cuidados**, através da divulgação da melhor evidência disponível na promoção da adesão à terapêutica opioide, da pessoa idosa com dor crónica não oncológica. No **domínio das aprendizagens profissionais**, foi construído um processo de formação e reflexão ao nível das práticas de cuidados, nomeadamente através das reuniões de orientação tutorial com a professora orientadora, orientações da enfermeira especialista no contexto, bem como dos registos reflexivos efetuados ao longo do estágio.

3.2. Atividades e aprendizagens realizadas para o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista e mestre no cuidado à Pessoa Idosa, em contexto de cuidados de saúde primários

Como programado, foi realizado um estágio de quatro semanas em cuidados de saúde primários, com o intuito de desenvolver competências de enfermeira especialista e mestre, no contexto de vida da pessoa idosa. Este estágio teve lugar numa UCC da ARSLVT entre 2 e 26 de janeiro de 2018, integrando uma equipa de ECCI. Como anteriormente, os objetivos gerais traçados serviram de fio condutor das aprendizagens adquiridas neste contexto.

3.2.1. Desenvolver competências como enfermeiro especialista no cuidado à pessoa idosa, nomeadamente na intervenção em parceria à pessoa idosa com dor crónica não oncológica, sob terapêutica opioide, promovendo o cuidado de Si, no seu contexto domiciliário

Ainda no contexto da unidade curricular “Opção II”, que teve lugar no segundo semestre, tivemos a oportunidade de reunir com a enfermeira coordenadora da UCC, que nos fez uma apresentação da unidade, abordando a temática da reestruturação dos CSP. Foi realizado estudo autónomo, em conjunto com as reuniões com a enfermeira orientadora, de forma a perceber a filosofia das ECCI, formas de referenciação e quais os critérios de inclusão na rede. A ECCI funciona como entidade prestadora e referenciadora, para outras valências da RNCCI.

A primeira visita da equipa de ECCI era realizada, preferencialmente, nas primeiras 24h após a referenciação. A visita domiciliária multidisciplinar, era concretizada de forma programada e regular, tendo em conta as necessidades clínicas e sociais detetadas pela equipa. Este estágio permitiu compreender de que forma se articulam os cuidados entre o hospital e os CSP, nomeadamente com a equipa de cuidados paliativos hospitalares, uma vez que aceitam muitas referenciações nesta área de cuidados.

Os enfermeiros desta equipa trabalham em parceria com as pessoas idosas e suas famílias, referenciando para outras valências da rede, por exemplo, quando se verificava exaustão do cuidador (e aí, referenciavam para descanso do cuidador), ou,

quando assim se justificava, para os cuidados de curta, média e longa duração ou cuidados paliativos.

Outra aprendizagem adquirida neste contexto, foi o cuidado que todos os elementos da equipa tinham na maneira como entravam no espaço da pessoa idosa e sua família, a sua abordagem afável e cordial e o cuidado que tinham em apresentar os novos elementos da equipa. Era dado tempo e espaço à pessoa idosa e sua família, ingrediente essencial para a construção de uma relação de parceria de cuidados (Gomes, 2013, 2016). Era dada a máxima atenção à pessoa idosa e sua família, escutando ativamente os seus receios e necessidades, prestando apoio e informação, e dando tempo e espaço para a sua assimilação. As visitas seguintes eram sempre programadas em conjunto entre a tríade enfermeiro-pessoa idosa-família, dando sempre a oportunidade de contactar telefonicamente a equipa, caso necessitassem.

Ao nível da dor da pessoa idosa, verificou-se uma atenção de toda a equipa de enfermagem em avaliar a dor de forma contínua, havendo o cuidado de sinalizar os casos de dor não controlada. Ainda assim, tivemos oportunidade de intervir em alguns casos em que se verificou haver comportamentos de não adesão à terapêutica opioide, mobilizando os conhecimentos que foram adquiridos ao longo deste percurso.

O caso escolhido para efetuar o **estudo de caso**, foi o da Sra. P., de 89 anos, que apresentava úlceras de origem vascular em ambos os membros inferiores. Já tinha tido alta da consulta da dor do hospital de referência, mas manifestava recentemente um agravamento da dor no membro inferior direito, com este em repouso e elevado, acordando à noite com dor. À nossa abordagem, referia uma dor “tipo facada, ferro a espetar” (SIC) na face externa do membro inferior direito, do joelho ao calcanhar. Referia uma dor no momento de EN= 8, pico EN=10, média EN=7, mínimo EN=4. Como fatores de agravamento da dor mencionava o calor e peso da roupa e como fatores de alívio, a alternância entre períodos de deambulação e de descanso, repouso com o membro inferior elevado e o frio. Ao validarmos o esquema terapêutico com a Sra., medicamento por medicamento, denotámos que não fazia o Palexia desde há uns dias (porque tinha acabado a caixa e não tinha receita); a Gabapentina realizava duas vezes dia, em vez das três prescritas por “medo que fizesse mal ao estômago” (SIC); o Oramorph prescrito como terapêutica de resgate (6 gotas até 4 vezes dia) fazia no máximo 3 vezes dia, pois afirmava “já fazer muita medicação” (SIC). Foi providenciada, pela equipa de enfermagem da ECCI, no dia seguinte, uma caixa de Palexia e de Gabapentina, para que pudesse dar continuidade ao seu tratamento. Além disso, foi-lhe explicada a importância de não deixar acabar a

medicação opioide e de administrar a terapêutica tal como fora prescrita pelo médico da unidade da dor, seguindo a terapêutica de base. Foi reforçado que poderia realizar a terapêutica de resgate até 4 vezes dia. Em suma, foi construída com a Sra. P. uma relação de parceria de cuidados, dando tempo e espaço para a assimilação das informações; partilhando responsabilidade e poder; negociando estratégias para a resolução de problemas, de forma a transformar as capacidades potenciais em reais, incluindo a Sra. P. na ação e decisão acerca do seu projeto de vida e de saúde (Gomes, 2013, 2016). Ao longo das interações, foi validada a terapêutica analgésica com a Sra. P., avaliando a sua eficácia através da escala numérica, pois era com esta que se sentia mais familiarizada. Verificou-se, ao longo das visitas, que a dor estava mais controlada, e que já não acordava durante a noite com dor no membro inferior direito (ou seja, verificou-se uma melhoria na sua funcionalidade). Aguardava ainda o resultado da zaragatoa que tinha realizado à úlcera do membro inferior direito (local onde apresentava dor), e a consulta de cirurgia plástica.

Noutro caso, a Dna. A., com uma neoplasia urológica, era cuidada pela filha e pelo genro, em casa. Segundo a filha, apresentava dor não controlada. Referia uma dor no momento de 6 (escala numérica), na região abdominal, que piorava durante a noite. Ao validarmos a terapêutica com a filha, notámos que a filha tinha parado a administração de Palexia e Gabapentina, por referir que a mãe já não tinha dor (não se justificando a sua administração), e por associar o seu uso a episódios de vômitos, sonolência e confusão. Administrava metamizol magnésico como terapêutica de resgate e administrava Palexia de forma sintomática. Foi estabelecida uma relação de parceria com a filha, explicando-lhe a importância de realizar a terapêutica prescrita de base, e não apenas sintomaticamente; foi informada de que haveria sintomas que desapareciam com o tempo (cerca de uma semana), na administração de terapêutica opioide (o organismo gera tolerância); foi-lhe ainda explicada a importância de não parar abruptamente a medicação acima referida.

Dos casos relatados, percebemos a importância que o guia terapêutico fornecido às pessoas seguidas no CMD tem, para todos os profissionais de saúde, de forma a perceberem o esquema terapêutico instituído e, assim, fomentarem a adesão terapêutica.

Noutro caso - um Sr. que tinha iniciado Palexia por queixas de dor não controlada - notámos que não cumpria o seu esquema terapêutico como prescrito (tomava um medicamento com duas dosagens diferentes, continuava a tomar outro que devia ter parado). Foram delineadas estratégias, em parceria com o Sr. e a sua

esposa, no sentido de incentivar a adesão terapêutica. Neste caso, a enfermeira identificou as caixas com letra legível para o Sr., tendo combinado um dia por semana para, em conjunto, prepararem a terapêutica para toda a semana. A enfermeira adota estratégias e criatividade na resolução dos problemas do dia-a-dia da pessoa idosa, ajustando intervenções, personalizando-as (Gomes, 2013, 2016).

Dada a tipologia de casos referenciados para a ECCI, foi possível acompanhar alguns casos de cuidados em final de vida à pessoa idosa, no contexto domiciliário. Além de ações paliativas e do controlo sintomático inerente, os enfermeiros da equipa de ECCI eram um recurso destas famílias, retirando dúvidas, desfazendo mitos (como o mito da morfina encurtar o período de vida...), ajustando expectativas, dando conforto...

3.2.2. Promover competências na equipa de uma UCC para a intervenção em parceria à pessoa idosa com dor crónica não oncológica sob terapêutica opioide e sua família, potenciando o cuidado de Si

Foi proposta, pela enfermeira orientadora da ECCI, a **elaboração de uma apresentação/formação à equipa de enfermagem**, sobre intervenções e estratégias a utilizar junto das pessoas idosas e família, na adesão à terapêutica opioide. A apresentação foi realizada no dia 30 de janeiro de 2018, contando com a presença de todos os enfermeiros da unidade e de alguns estudantes de licenciatura (Apêndice VIII).

Foi realizada uma introdução acerca da problemática da dor crónica na pessoa idosa. Abordámos a questão da adesão à terapêutica opioide e quais as razões para a não adesão mais referidas pelas pessoas idosas, descritas na literatura. Refletimos sobre as melhores práticas na utilização de terapêutica opioide na pessoa idosa, com base na revisão da literatura efetuada, ou seja, na melhor evidência científica disponível.

Concluimos que é necessária uma monitorização apertada, por parte da equipa de ECCI, das pessoas idosas sob terapêutica opioide, despistando os casos de dor não controlada e, se for o caso, de não adesão à terapêutica opioide. Para tal, o enfermeiro deve sempre validar medicamento por medicamento, reforçando a importância de seguir a terapêutica de base. Os motivos de não adesão à terapêutica opioide devem ser indagados e trabalhados (deixou acabar a terapêutica? Não possui receita? Há receio dos efeitos secundários? Tem medos e mitos associados? Faz

toma sintomática da terapêutica opioide?). O enfermeiro deve, ainda, despistar a ocorrência e persistência de efeitos secundários decorrentes da toma de opioides; avaliar a dor da pessoa idosa de forma sistemática; avaliar o efeito analgésico da terapêutica instituída e ainda o efeito sobre a funcionalidade da pessoa idosa. Só seguindo o seu esquema terapêutico de base, é que a pessoa idosa conseguirá ter a sua dor crónica controlada, melhorando também a sua funcionalidade. Para tal, o enfermeiro trabalha em parceria com a pessoa idosa e sua família, realizando intervenções de ensino e suporte, capacitando-os de ferramentas que auxiliem o controlo da dor crónica.

Os enfermeiros da ECCI, por trabalharem no contexto de vida da pessoa idosa e sua família, desempenham um papel determinante na problemática da dor crónica e nas questões da adesão à terapêutica opioide.

4. REFLEXÃO SOBRE AS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS, CONTRIBUTOS PARA A PRÁTICA E LIMITAÇÕES DO PROJETO

Neste capítulo, iremos refletir sobre as competências desenvolvidas como enfermeira mestre e especialista na área médico-cirúrgica, vertente da pessoa idosa. Serão enunciados os principais contributos para a prática e ainda as limitações do projeto.

Neste estágio, considera-se que foram desenvolvidas **competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal**, através de uma prática profissional e ética no campo de intervenção dos cuidados à pessoa idosa e sua família. As estratégias de resolução de problemas foram desenvolvidas juntamente com a pessoa idosa com dor crónica não oncológica e sua família, assentando num trabalho de parceria de cuidados, utilizando, para isso, um juízo crítico baseado no conhecimento e experiência. Foram também mobilizados conhecimentos ético-deontológicos no cuidado à pessoa idosa e sua família e assegurados, ao longo de todas as intervenções, os direitos da pessoa idosa, nomeadamente o direito à autodeterminação. Foi, também, garantido o consentimento informado nas intervenções de enfermagem e ao longo do desenvolvimento do projeto, protegendo a confidencialidade dos dados. No caso de não se encontrar nas suas plenas capacidades, identificou-se o cuidador principal ou tutor legal. Estas competências foram mobilizadas, por exemplo, nas entrevistas realizadas para a elaboração dos estudos de caso, onde foram explicados os objetivos da entrevista e respeitada a vontade dos participantes. Foi respeitado o direito à privacidade da pessoa idosa, assegurando a confidencialidade das informações obtidas.

Este percurso académico permitiu desenvolver uma capacidade de liderança nos processos de tomada de decisão ética na área dos cuidados à pessoa idosa e sua família, nomeadamente na pessoa idosa com dor crónica. Julga-se desempenhar este papel no contexto de trabalho atual, numa residência de um grupo privado de saúde, que presta cuidados de assistência a pessoas idosas, atuando como profissional de referência neste âmbito.

No domínio da **melhoria contínua da qualidade**, foi realizado estudo autónomo nas áreas onde se detinha menores conhecimentos, com o intuito de aumentar o nível de proficiência na área dos cuidados à pessoa idosa, nomeadamente com dor crónica não oncológica e sob terapêutica opioide. Trabalhou-se em parceria de cuidados com as pessoas idosas e suas famílias, garantindo a utilização segura

da medicação opioide, tanto na consulta presencial, como não presencial. Colaborou-se no projeto a decorrer no CMD, nomeadamente realizando consultas telefónicas, atuando também na sua dinamização e implementação. Foi promovida, também, a reflexão no seio da equipa de enfermagem, no cuidado à pessoa idosa sob terapêutica opioide, de forma otimizar o cuidado a esta população. Para além disso, foi criado e mantido um ambiente terapêutico e seguro, nos cuidados prestados, promovendo um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual, proporcionando a segurança e proteção das pessoas idosas e suas famílias.

No domínio da **gestão dos cuidados**, desenvolveu-se uma intervenção baseada e sustentada em conhecimentos científicos e modelos teóricos de enfermagem, com enfoque no modelo de parceria de cuidados com a pessoa idosa (Gomes, 2013, 2016). Foi desenvolvida uma parceria de cuidados com a pessoa idosa e sua família, de forma a delinear estratégias que os ajudassem a lidar com a sua situação de saúde/doença, para que pudessem prosseguir com o seu projeto de vida e de saúde. Foi, ainda, promovida a referenciação para outras especialidades ou instituições quando ultrapassavam a nossa área de atuação e competência. A nível profissional, no contexto de trabalho, permitiu a atuação como consultora na área dos cuidados à pessoa idosa, nomeadamente com dor crónica não oncológica e sob terapêutica opioide.

No **domínio das aprendizagens profissionais**, procurou-se a melhor evidência possível, para a melhoria contínua dos cuidados prestados. Foi promovida uma reflexão pessoal crítica dos cuidados prestados à pessoa idosa, fomentando o autoconhecimento, seguindo protocolos existentes (através do ciclo de Gibbs, por exemplo). O processo de autorreflexão foi promovido através de leituras recomendadas pela enfermeira orientadora do local de estágio, das suas orientações diárias, das reuniões de orientação tutorial por parte da professora orientadora e dos registos reflexivos efetuados. Para além disso, foi promovida uma análise reflexiva da prática de cuidados sobre a gestão de terapêutica opioide na população idosa com dor crónica não oncológica, dentro da equipa de enfermagem, tanto no CMD, como na ECCI, contribuindo ativamente no projeto que decorria no CMD. Procurou-se participar ativamente em reuniões multidisciplinares, para discussão de casos seguidos tanto no CMD como na ECCI e frequentar as formações disponibilizadas (como o caso do Convénio Astor que decorreu em janeiro de 2018).

Relativamente às **competências de mestre**, o percurso traçado possibilitou o desenvolvimento de competências de investigação (através da revisão da literatura,

elaboração da revisão *scoping*, processo metodológico que permitisse o desenvolvimento do projeto num determinado contexto), bem como competências de comunicação e divulgação das conclusões decorrentes desta (Diário da República, 2006).

Existiram alguns elementos facilitadores, na elaboração e desenvolvimento deste projeto de estágio. O facto de ter sido desenvolvido em locais de referência de cuidados à pessoa idosa (CMD e ECCI), permitiu a observação de cuidados de excelência, nomeadamente no que concerne ao cuidado à pessoa idosa com dor crónica não oncológica e sua família. As equipas de enfermagem e multidisciplinares, de ambos os locais, mostraram-se sempre disponíveis e acolhedoras do projeto desenvolvido. Destaca-se a disponibilidade da equipa de enfermagem no desenvolvimento do projeto, nomeadamente, através dos questionários que lhes foram aplicados, bem como das sessões formativas desenvolvidas. As orientações, fornecidas pelas enfermeiras no local de estágio e pela professora, foram fulcrais no processo de desenvolvimento de competências nesta área de especialidade. A enfermeira orientadora no CMD, desempenhou um papel determinante, promovendo uma análise reflexiva das práticas de cuidados, baseada em conhecimentos técnico-científicos e na sua vasta experiência profissional, sendo perita nos cuidados à pessoa idosa com dor crónica.

Uma das limitações deste projeto relaciona-se com a duração do estágio. Seria pertinente alargar o projeto a toda a equipa multidisciplinar, de forma a sensibilizar toda a equipa para uma mudança na prática de cuidados, no acompanhamento da pessoa idosa com dor crónica não oncológica, sob terapêutica opioide. Por outro lado, o facto do projeto não ter sido desenvolvido no contexto do local de trabalho, foi desafiante, pois teve que ser traçado e percorrido um percurso que levasse a um desenvolvimento de competências na área da pessoa idosa com dor crónica não oncológica. Destaca-se ainda as dificuldades sentidas na realização das consultas telefónicas às pessoas idosas com dor crónica, efetuadas no âmbito do projeto que decorria no CMD. Muitas pessoas idosas mostravam alguma dificuldade em quantificar a sua dor e em responder à aplicação das escalas pretendidas (Inventário resumido da dor, MAT e Inventário de convicções e perceções relacionados com a dor). Julga-se que se deveu a diversos fatores internos e externos, que envolveram não só as barreiras comunicacionais inerentes ao próprio meio telefónico, mas também aos fatores relacionados com o próprio envelhecimento e à complexidade e extensão das escalas aplicadas. Não obstante, como referem Martins e Lopes (2010),

podemos constatar que a consulta telefónica proporciona proximidade com os doentes e famílias e que o telefone é utilizado como extensão dos próprios enfermeiros.

CONCLUSÕES

Com a elaboração deste relatório de estágio, pretendeu-se relatar o percurso percorrido na implementação do projeto, que se intitulou “Promoção do cuidado de Si à pessoa idosa com dor crónica não oncológica, sob terapêutica opioide, seguida na consulta da Unidade da Dor, com recurso à consulta telefónica”.

Sabemos que as pessoas idosas com dor crónica não oncológica já tentaram inúmeros tratamentos antes da implementação da terapêutica opioide. A utilização de medicamentos opioides na dor crónica não-oncológica (DCNO) tem vindo a aumentar, pois tem sido comprovada a sua eficácia em ensaios clínicos e revisões sistemáticas da literatura. A população idosa tem dificuldade em aderir à medicação analgésica, particularmente a opioide, pois esta reveste-se de um conjunto de mitos, preconceitos e medos, não só para a pessoa idosa, mas como para a sua família, profissionais de saúde e a sociedade no geral.

Os estudos obtidos através da *scoping review* realizada, destacam a importância de uma avaliação minuciosa da pessoa idosa; a partilha de informação acerca da utilização segura da medicação opioide e o reforço positivo dos esforços realizados (Denenberg & Curtiss, 2016). Devem ser determinados objetivos realistas na implementação desta medicação, no que concerne à expectativa de alívio da dor crónica, bem como na melhoria da funcionalidade da pessoa idosa (Denenberg & Curtiss, 2016). O telefone pode ser utilizado como meio de comunicação entre o profissional de saúde e a pessoa idosa, diminuindo assim algumas barreiras (como a deslocação e o transporte) do contato presencial (Chang, Compton, Almeter & Fox, 2015).

Como proposto, foi desenvolvido um projeto que incidisse na adesão à medicação opioide na promoção do cuidado de Si, na pessoa idosa com dor crónica não oncológica. Optou-se pela metodologia de trabalho de projeto, pois permite a resolução de problemas no seu contexto real, desenvolvendo capacidades e competências pessoais (Ruivo et al, 2010), alicerçado no modelo de intervenção em parceria, preconizado por Gomes (2013, 2016).

Os dados foram colhidos através da elaboração de dois instrumentos: um questionário a ser aplicado à equipa de enfermagem e uma grelha de análise dos registos de enfermagem.

Relativamente ao questionário, as atitudes menos referidas pela equipa de enfermagem, no acompanhamento da pessoa idosa com dor crónica, sob terapêutica opioide, foram: a avaliação psicológica da pessoa idosa e de crenças e medos (no início do tratamento); informação relativa à necessidade de uma declaração médica, caso viaje para o estrangeiro; despiste de efeitos secundários mais raros e de eventuais sinais de tolerância, de dependência e de adição.

Em relação à análise de registos de enfermagem, as atitudes menos registadas foram: informação acerca das potencialidades e limitações da medicação opioide, e expectativas de alívio da dor (no início do tratamento); reforço sobre os efeitos secundários mais frequentes; fornecimento de informação escrita sobre a medicação opioide e seu armazenamento; informação sobre procedimentos caso viagem para o estrangeiro.

Os elementos da equipa do CMD são enfermeiros peritos na área da dor, estando alerta para todos os tópicos considerados como boas práticas na área da implementação da terapêutica opioide, sendo detentores de uma compressão intuitiva das situações, como refere Benner (1982). Concluímos que o enfermeiro não fornece toda a informação indiscriminadamente - vai abordando de acordo com a sua avaliação da pessoa idosa e da situação específica de cuidados, individualizando os ensinamentos realizados. Concluiu-se, também, que seria vantajoso elaborar informações escritas que a pessoa idosa pudesse levar para o domicílio, complementando as informações fornecidas em consulta presencial. Com esta estratégia, o enfermeiro fornece tempo e espaço para a assimilação de novas informações (Gomes, 2013, 2016). A consciência do papel fundamental dos enfermeiros na promoção da adesão à terapêutica no tratamento e controlo da dor, obriga a criar condições para ir ao encontro da pessoa idosa e família, vendo-os como parceiros de cuidados (Gomes, 2013, 2016).

Através do projeto desenvolvido, promoveu-se uma análise reflexiva da prática de cuidados sobre a gestão de terapêutica opioide na população idosa com dor crónica não oncológica, dentro da equipa de enfermagem, tanto no CMD, como na ECCI, contribuindo ativamente para o projeto que decorria no CMD, nomeadamente realizando consultas telefónicas, atuando também na sua dinamização e implementação. Trabalhou-se em parceria de cuidados com as pessoas idosas e suas famílias, garantindo a utilização segura da medicação opioide, tanto na consulta presencial, como não presencial.

O percurso desenvolvido permitiu o desenvolvimento de competências de enfermeira especialista e mestre na área médico-cirúrgica no cuidado da pessoa idosa e sua família. O facto de o projeto não ter sido desenvolvido no contexto do local de trabalho foi desafiante, pois teve que ser traçado e percorrido um percurso que levasse a um desenvolvimento de competências na área da pessoa idosa com dor crónica não oncológica. Pensa-se ter desenvolvido competências, no que concerne ao cuidado à pessoa idosa e sua família, permitindo a atuação como consultora na área dos cuidados à pessoa idosa, nomeadamente com dor crónica não oncológica e sob terapêutica opioide.

A nível pessoal e profissional, comprometemo-nos a continuar a dinamizar a prática de cuidados, através da divulgação do trabalho desenvolvido neste percurso académico, bem como a divulgação da melhor evidência científica que permita um desenvolvimento da nossa prática.

Referimos que, para tal, foi realizada uma apresentação no V Congresso da Ordem dos Enfermeiros (Apêndice IX), que decorreu em abril de 2018, bem como a inscrição na 15ª Conferência Internacional de Investigação em Enfermagem que decorrerá em junho de 2019, através da elaboração de um resumo intitulado “Promoting adherence to opioid regimen in older adults with non-cancer chronic pain: a case study.”. Para além disso, propomo-nos elaborar um artigo para uma revista na área da Dor, divulgando, assim, o trabalho desenvolvido.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Azevedo, L., Costa-Pereira, A., Mendonça, L., Dias, C. & Castro-Lopes, J. (2012). Epidemiology of Chronic Pain: A Population-Based Nationwide Study on Its Prevalence, Characteristics and Associated Disability in Portugal. *The Journal of Pain*. 13 (8). 773-783.
- Bailey, S., Oramasionwu, C. & Wolf, M. (2013). Rethinking Adherence: A Health Literacy-Informed Model of Medication Self-Management. *Journal of Health Communication*. 18. 20-30.
- Benner, P. (1982). From novice to expert. *The American Journal of Nursing*. 82 (3). 402-407.
- Brink, E., Skott, C. (2013). Caring about symptoms in person-centred care. *Open Journal of Nursing*. 3. 563-567.
- Broekmans, S., Dobbels, F., Milisen, K., Morlion, B. & Vanderschueren, S. (2010). Determinants of medication underuse and medication overuse in patients with chronic non-malignant pain: a multicenter study. *International Journal of Nursing Studies*. 47, 1408-1417.
- Brooks, E.A., Unruh, A. & Lynch, M.E. (2015). Exploring the lived experiences of adults using prescription opioids to manage chronic noncancer pain. *Pain Research and Management*. 20 (1), 15-22.
- Cardoso, A. (2013). *Manual de tratamento da dor*. Lisboa: Lidel – edições técnicas, Lda.
- Chang, Y.P; Compton, P.; Almeter P.& Fox, C.H. (2015). The effect of motivational interviewing on prescription opioid adherence among older adults with chronic pain. *Perspectives in psychiatric care*. 51. 211-219.
- Collière, M. F. (1999). *Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. (2ª ed). Lisboa: Lidel.
- Costello, M. & Thompson, S. (2015). Preventing Opioid misuse and potential abuse: the nurse's role in patient education. *Pain Management Nursing*. 16 (4). 515-519.
- Decreto de Lei nº74 (2006). Legislação consolidada, Diário da República. *O regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior., série I-A* (nº60 de 24/03/2006), 1-37.

- Denenberg, L.& Curtiss, C.P. (2016) Appropriate use of opioids in managing chronic pain. *American Journal of Nursing*. 116 (7). 26-38.
- DGS (2008). *Circular Normativa*. 18-06-2008. Programa Nacional de Controlo da Dor. Acessível na Direção Geral da Saúde, Lisboa, Portugal.
- DGS (2008). *Circular Normativa*. 24/03/2008. Utilização dos medicamentos opióides fortes na dor crónica não oncológica. Acessível na Direção Geral da Saúde, Lisboa, Portugal.
- DGS (2010). *Orientação da Direcção-Geral da Saúde*. 14-12-2010. Orientações técnicas sobre o controlo da dor crónica na pessoa idosa. Acessível na Direção Geral da Saúde, Lisboa, Portugal.
- DGS (2013). *Circular Normativa*. 13/02/2013. Anti-inflamatórios não esteroides sistémicos em adultos: orientações para a utilização de inibidores da COX-2. Acessível na Direção Geral da Saúde, Lisboa, Portugal.
- Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL) (2014). *Regulamento de Mestrado*. Lisboa: ESEL.
- Gagliese, L. & Melzack (2013). Pain in older persons. In McMahon, S., Koltzenburg, M., Tracey, I. & Turk, D. (editores) *Wall and Melzack's textbook of pain*. (pp. 315-319). Philadelphia: Elsevier Saunders.
- Gomes, I.D. (2013). Promover o cuidado de Si: a natureza da parceria entre o enfermeiro e o doente idoso no domicílio. In Pereira Lopes (coord). *O cuidado de enfermagem à pessoa idosa- da investigação à prática* (pp. 77-113). Loures: UI&DE e Lusociência
- Gomes, I.D. (2016). *Promover o cuidado de si: parceria entre o enfermeiro e a pessoa idosa. A construção do processo de parceria num contexto de vulnerabilidade e dependência*. Lisboa: Novas Edições Acadêmicas.
- International Association for the Study of pain (IASP) (2006). Pain in older person's. *Pain Clinical Updates*. 14 (3). 1-4.
- Associação Internacional para o estudo da dor – IASP (2010). *Guia para o Tratamento da Dor em Contextos de Poucos Recursos*. Seattle: IASP Press.
- International Council of Nurses (ICN) (2009). Estabelecer parcerias com os indivíduos e as famílias para promover a adesão ao tratamento: Catálogo da

Classificação Internacional Para a Prática de Enfermagem (CIPE). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Instituto Nacional de Estatística – INE (2016). Estatísticas demográficas 2015. Lisboa: INE.

Kipping, K., Maier, C., Bussemas, H. & Schwarzer, A. (2014). Medication compliance in patients with chronic pain. *Pain Physician*. 17, 81-94.

Kopf, A. (2010). Dor na velhice e demência. In Associação Internacional para o estudo da dor – IASP. *Guia para o Tratamento da Dor em Contextos de Poucos Recursos*. (pp. 291- 298). Seattle: IASP Press.

Lopes, J.C. (2007) Recomendações para a Utilização dos Medicamentos Opióides Fortes na Dor Crónica Não-Oncológica. *Dor*. 15 (3). 16-20.

Martins, M., Pereira Lopes, M.J. (2010). A consulta telefónica como intervenção do enfermeiro ao doente e família com dor crónica, numa unidade de dor. *Pensar Enfermagem*. 14 (1). 39-57.

McCaffery, M. (1968). *Nursing practice theories related to cognition, bodily pain, and man-environment interactions*. Los Angeles: University of California Print.

McCormack, B., McCance, T. (2006). Development of a framework fo person-centred nursing. *Journal of Advanced Nursing*. 56-5. 472-479.

Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company.

Morton-Cooper, A. (2000). *Action Research in Health Care*. London: Blackwell Science.

National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (2012). *Palliative care for adults: strong opioids for pain relief – clinical guideline*. United Kingdom: NICE.

Regulamento nº 140 (2019). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. *Diário da República*, 2ª série (nº26 de 6 de fevereiro de 2019), 4744-4750.

Ruivo, M.A., Ferrito, C., Nunes, L. & estudantes do 7º CLE. Metodologia de Projeto: coletânea descritiva de etapas. *Percursos*. 15. 1-37.

Saunders, C.M. (1978) *The management of terminal malignant disease*. London: Edward Arnold.

- Silva, I. S., Veloso, A. L. & Keating, J. B. (2014). *Focus group: Considerações teóricas e metodológicas*. *Revista Lusófona de Educação*, 26, 175-190.
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel- edições técnicas.
- Streubert, H.J & Carpenter, D.R. (2002). *Investigação qualitativa em enfermagem*. Loures: Lusociência.
- The Joanna Briggs Institute (2015). *The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual 2015- Methodology for JBI Scoping Reviews*. Adelaide, Australia: The Joanna Briggs Institute.
- Timmerman, L., Stronks, J., Groeneweg, J.G. & Huygen, F.L. (2016). Prevalence and determinants of medication non-adherence in chronic pain patients: a systematic review. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*. 60, 416-431.
- UI&DE (2017). Ficha de Projeto: Consulta telefónica na unidade de dor: Promoção do Cuidado de Si à PI com dor crónica em casa. Unidade de Investigação & Desenvolvimento em Enfermagem, Lisboa, Portugal.
- Vallerand, A. & Nowak, L. (2009). Chronic Opioid Therapy for Nonmalignant Pain: The patient's perspective. Part I- Life Before and after opioid therapy. *Pain Management Nursing*. 10 (3). 165-172.
- Vallerand, A. & Nowak, L (2010). Chronic Opioid Therapy for Nonmalignant Pain: The patient's perspective. Part II- Barriers to chronic opioid therapy. *Pain Management Nursing*. 101 (2). 126-131.
- Wright, L.M & Leahey, M. (2009). *Enfermeiras e Famílias- Um guia para avaliação e intervenção na família*. (4ª edição). São Paulo: Roca.
- World Health Organization (WHO) (2003). *Evidence to long-term therapies: evidence for action*. Geneva: WHO.

APÉNDICES

APÊNDICE I – Revisão *Scoping*

SCOPING REVIEW

Intervenções de enfermagem promotoras da adesão à terapêutica opioide, nas pessoas idosas com dor crónica não oncológica, em contexto comunitário: *revisão scoping*.

Autora: Sandra Trancoso

Resumo:

A prevalência de dor crónica não oncológica é alta entre a população idosa. A medicação opioide é muitas vezes opção quando outros tratamentos falharam, sendo utilizada de forma multimodal no controlo da dor crónica nesta população, em conjunto com medicação adjuvante e medidas não farmacológicas. Ainda assim, na prática clínica, denota-se medo, estereótipos e mitos relativos a esta medicação, tanto por parte da pessoa idosa, como dos próprios profissionais, podendo levar ao incumprimento do regime terapêutico e, conseqüentemente, à dor não controlada e diminuição da funcionalidade da pessoa idosa.

Torna-se, por isso, fulcral perscrutar a literatura existente acerca de intervenções de enfermagem que fomentem a adesão à terapêutica opioide na população idosa com dor crónica não oncológica.

Foram realizadas pesquisas na *CINAHL Plus with Full Text* e *Medline with Full Text* e considerados artigos em língua inglesa e portuguesa.

Com a pesquisa em base de dados, foram obtidos um total de 15 artigos em texto integral, dos quais, no fim, se seleccionaram 2 para análise.

Os estudos obtidos destacam o papel fundamental que o enfermeiro pode ter na adesão à medicação opioide.

1. Background

A idade cronológica relativamente ao envelhecimento não apresenta um valor padrão, embora a definição preconizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) seja amplamente utilizada. Segundo esta instituição, a idade cronológica que define a pessoa idosa inicia-se aos 65 anos nos países desenvolvidos e aos 60 anos nos países em desenvolvimento (OMS, 2005). Paúl (2005), refere que a idade cronológica não deve ser considerada como um critério rigoroso para o início da velhice. Sequeira

(2010), preconiza uma abordagem individual do envelhecimento, de acordo com a história e o percurso de vida de cada pessoa.

Um estudo epidemiológico de corte transversal realizado à população portuguesa por Azevedo, Costa-Pereira, Mendonça, Dias e Castro-Lopes (2012), revelou 36,7% de prevalência de dor crónica com maior prevalência nos idosos, reformados, desempregados e com menos escolaridade.

A dor é definida pela *International Association for the Study of Pain* como “uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a danos nos tecidos, efetivos ou potenciais, ou descrita em função desses mesmos danos” (IASP, 2010, p. 9). Implica respostas cognitivas, emocionais e comportamentais, influenciadas por fatores psicológicos e sociais, sendo por isso considerada uma experiência subjetiva. A dor crónica é diagnosticada quando a dor dura mais do que 3 meses, persistindo para lá do tratamento da causa que lhe deu origem (IASP, 2010). Ocorre de forma contínua ou intermitente durante vários meses, com expectativa de alívio temporário, mas raramente definitivo e “... é por direito próprio uma doença” (Cardoso, 2013, p. 21). A dor crónica não oncológica é aquela que resulta de qualquer patologia não neoplásica.

O aumento da idade e a presença de dor crónica estão associados simultaneamente à diminuição da capacidade funcional e à diminuição da performance nas atividades de vida diária (Gagliese e Melzack, 2013). Kopf (2010), afirma que a percentagem de pessoas com dor crónica varia entre 11% e 47% entre os 40 e 75 anos e que $\frac{3}{4}$ dos residentes de lares sentem dor. Entre eles, 50% sente dor todos os dias e menos de $\frac{1}{5}$ toma analgésicos. Este autor refere que a dor é mal diagnosticada e subtratada.

A utilização de medicamentos opioides na dor crónica não-oncológica (DCNO) tem vindo a aumentar, pois tem sido comprovada a sua eficácia em ensaios clínicos e revisões sistemáticas da literatura. Embora o objetivo seja igual aos doentes oncológicos (controlo da dor), o uso de opioides na DCNO tem objetivos acrescidos: recuperação da funcionalidade física e mental e consequente melhoria da qualidade de vida. A OMS utiliza o índice de consumo de medicamentos opioides *per capita* como um indicador da qualidade de cuidados de saúde no âmbito da terapêutica da dor. Ainda assim, a prescrição de medicamentos opioides em Portugal é das mais baixas da Europa (Lopes, 2007; DGS, 2008).

Vallerand e Nowak (2009) afirmam que os indivíduos com dor crónica não oncológica já tentaram inúmeros tratamentos antes da implementação da terapêutica opioide. Os medos

relacionados com o risco de adição, efeitos secundários, tolerância e escrutínio, estão entre as barreiras à implementação de terapêutica opioide. Num estudo realizado em 2011 a 21 pessoas idosas que viviam na comunidade, com o objetivo de descrever o padrão de adesão da população idosa relativamente à terapêutica opioide e as razões deste padrão, as autoras afirmam que cerca de metade referiram tomar uma dose inferior à prescrita (relativamente às duas semanas que antecederam o estudo) e cerca de metade parou de tomar a medicação quando sentiram que os sintomas estavam controlados (Chang, Wray e Sessanna, 2011).

A população idosa tem dificuldade em aderir à medicação analgésica, particularmente a opioide, pois esta reveste-se de um conjunto de mitos, preconceitos e medos, não só para a pessoa idosa, mas como para a sua família, profissionais de saúde e a sociedade no geral.

Tornou-se pertinente desenvolver uma revisão scoping nesta área, de forma a mapear a informação existente acerca desta temática. Pretendeu-se realizar uma revisão acerca das intervenções de enfermagem promotoras da adesão à terapêutica opioide na população idosa com dor crónica não oncológica, no contexto de comunidade. Foi utilizada a metodologia preconizada pelo Instituto Joanna Briggs.

Foi realizada uma pesquisa prévia na CINAHL e na Medline, que revelou não existirem revisões scoping (nem publicadas, nem planeadas) nem revisões da literatura acerca desta temática.

2. Objetivo

O objetivo desta scoping review foi examinar e mapear a literatura existente acerca de intervenções de enfermagem promotoras da adesão à terapêutica opioide na população idosa com dor crónica não oncológica, no contexto de comunidade.

3. Critérios de inclusão

A questão de pesquisa que orientou o desenvolvimento desta scoping review foi: Quais as intervenções de enfermagem que promovem a adesão à terapêutica opioide na população idosa com dor crónica não oncológica, no contexto de comunidade?

Tipo de participantes/População

Esta revisão scoping considera como população: todas as pessoas idosas (com idade superior a 65 anos), com dor crónica não oncológica, de qualquer idade, cultura, etnia ou género.

Conceito central

O conceito central desta scoping review será as intervenções de enfermagem que promovam a adesão à terapêutica opioide.

Contexto

A presente revisão scoping será conduzida considerando o meio comunitário como contexto.

Tipos de fontes de informação

Toda a literatura existente possível, desde estudos qualitativos, quantitativos e revisões sistemáticas da literatura.

4. Estratégia de pesquisa

Uma vez que se trata de uma revisão scoping, o objetivo da pesquisa consistiu em mapear a literatura existente acerca da temática, através de estudos publicados e não publicados. A estratégia de pesquisa foi desenhada de forma a encontrar estudos publicados em inglês e português, sem limite temporal.

Foi realizada uma pesquisa inicial, com o objetivo de encontrar estudos publicados na base de dados CINAHL e MedLine, seguida da análise das palavras contidas no título e resumo dos artigos para que se identificasse palavras chave e termos de indexação. A segunda etapa da pesquisa foi conduzida utilizando as palavras chave e termos de indexação identificados, através do motor de busca *EBSCOhost* com acesso a duas bases de dados: *CINAHL Plus with Full Text* e *Medline with Full Text*. Utilizaram-se os operadores booleanos *AND* e *OR* para a realização da pesquisa em ambas as bases de dados. Somando os resultados de ambas as bases de dados resultaram 55 artigos, em texto completo, dos quais primeiramente foram lidos os *abstracts* e, posteriormente, analisados mais profundamente, tendo em conta os critérios de inclusão/exclusão previamente estabelecidos.

A pesquisa foi realizada a 28/5/2017 e foram utilizadas as seguintes palavras chave e termos indexados:

População: aged; aged, 80 and over; frail elderly; older adults

Conceito: Medication compliance; medication management; medication adherence; pain management; analgesics, opioid; opiat*; opioid; chronic pain; non cancer chronic pain; nurs*; nurs* intervent*

Contexto: community dwelling; community living

Tabela 1. Resumo da estratégia de pesquisa

Pesquisa na <i>CINAHL</i>	Pesquisa na <i>Medline</i>
S1 (MM “Aged”) or (MM “aged, 80 and over”) or (MM “frail elderly”) (6.427)	S1 (MH “Aged+) or ((MH “frail elderly”) or (MH “aged, 80 and over”) (2.658.371)
S2 (MH (Aged) or (MH aged, 80 and over”) or (MH “frail elderly”) (601.380)	S2 (MM “Aged”) or (MM “aged, 80 and over”) or (MM “frail elderly”) (23.859)
S3 elder (10.890)	S3 older adults (51.214)
S4 older adults (34.554)	S4 S1 or S2 or S3 (2.673.050)
S5 S1 or S2 or S3 or S4 (612.190)	S5 (MM “medication adherence”) (7.421)
S6 (MM “medication compliance”) (7.328)	S6 (MH “medication adherence”) (12.177)
S7 (MH “medication compliance”) (13.395)	S7 (MM “pain management”) (16.914)
S8 Medication management (1.536)	S8 (MH “pain management”) (25.432)
S9 S6 or S7 or S8 (14.739)	S9 S5 or S6 or S7 or S8 (37.566)
S10 (MM “Analgesics, opioid”) (6.952)	S10 (MM “analgesics, opioid”) (23.152)
S11 (MH (Analgesics, opioid) (10.762)	S11 (MH analgesics, opioid) (33.920)
S12 opiat* (2.741)	S12 opioid* (96.363)
S13 opioid (22.290)	S13 opiat* (24.866)
S14 S10 or S11 or S12 or S13 (24.235)	S14 S10 or S11 or S12 or S13 (108.462)
S15 (MM “chronic pain) (11.125)	S15 (MM “Chronic pain”) (6.215)
S16 (MH “chronic pain) (14.830)	S16 (MH “Chronic pain”) (7.755)
S17 non cancer chronic pain (7)	S17 chronic pain (32.087)
S18 chronic pain (21.035)	S18 non cancer chronic pain (26)
S19 S15 or S16 or S17 or S18 (21.035)	S19 S15 or S16 or S17 or S18 (32.087)

S20 Community dwelling (9.678)	S20 community dwelling (16.745)
S21 Community living (10.605)	S21 community living (2.021)
S22 S20 or S21 (17.278)	S22 S20 or S21 (18.624)
S23 S5 and S9 and S14 and S22 (1)	S23 S4 and S9 and S14 and S19 and S22 (1)
S24 nurs* (747.105)	S24 nurs* (751.701)
S25 nurs* intervent* (11.987)	S25 nurs* intervent* (6.018)
S26 (MM “nursing interventions”) (2.018)	S26 (MM “nursing”) (24.870)
S27 (MH “nursing interventions”) (6.352)	S27 (MH “nursing”) (50.319)
S28 S24 or S25 or S26 or S27 (747.105)	S28 S24 or S25 or S26 or S27 (751.701)
S29 S5 and S9 and S14 and S19 and S22 and S28 (0)	S29 S4 and S9 and S14 and S19 and S28 (14)
S30 S5 and S9 and S14 and S19 and S28 (1)	

Os 15 artigos obtidos nesta pesquisa, foram avaliados de acordo com a relevância para a revisão, baseado na informação proveniente do título e *abstract*. Os textos integrais foram recuperados naqueles estudos que foram de encontro aos critérios de inclusão.

Com base nos critérios de inclusão e exclusão, selecionaram-se 2 artigos (**n=2**). Um dos estudos trata-se de um artigo de opinião de entidade respeitada (nível evidência V), e o segundo tem como amostra um grupo de adultos idosos com 50 anos ou mais. Foi, por isso, alargada a população desta pesquisa, com base também nas definições recentes acerca do envelhecimento, que nos dizem que a idade cronológica não deve ser considerada como um critério rigoroso.

5. Extração de resultados

Um instrumento de extração de dados para esta revisão scoping foi previamente desenvolvido.

A informação chave que foi mapeada incluiu:

- Autor;

- Ano de publicação;
- País/Origem;
- Metodologia;
- Objetivo do estudo;
- População e amostra;
- Intervenções de enfermagem que promovam a adesão à terapêutica opioide;
- Resultados principais.

6. Resultados

Artigo 1

Autor, título e publicação
Denenberg, L.& Curtiss, C.P Appropriate use of opioids in managing chronic pain <i>American Journal of Nursing</i>
Ano de publicação
2016
País/Origem
Estados Unidos da América
Tipo de estudo
Artigo de opinião de autoridade respeitada
Metodologia
(N/A)
Objetivo do estudo
Os autores fazem uma discussão das melhores práticas na prescrição de opioides no controlo da dor crónica
População e amostra
(N/A)
Intervenções de enfermagem que promovam a adesão à terapêutica opioide
<ul style="list-style-type: none">• Os autores enfatizam a importância da avaliação do doente, bem como a importância dos ensinamentos/educação relativamente à utilização segura, armazenamento e desperdício da medicação opioide;• Proceder à gestão do risco e promoção da adesão à medicação opioide através de: avaliação inicial do risco através de escalas, como a ORT (<i>Opioid Risk Tool</i>); Consentimento escrito assinado pelo doente e pelo prescriptor; Testes à urina; Método de contagem de comprimidos; Programas de controlo de prescrição de opioides;• Realizar uma avaliação inicial minuciosa, incluindo história de doença/saúde, história psicossocial, história familiar e saúde mental;• Determinar, em conjunto com o doente, objetivos específicos, mensuráveis e realistas com o tratamento instituído, relativamente à sua dor crónica e funcionalidade; registar no processo clínico;

- Discutir os riscos e benefícios da medicação opioide, bem como as expectativas do doente relativamente ao tratamento; registar no processo clínico;
- Na população idosa, ter em conta as alterações metabólicas desta faixa etária; utilizar o princípio “*start low and go slow*” e monitorizar frequentemente.

Principais resultados

- A prescrição de opioides está associada ao uso indevido, abuso, desvio e mortes acidentais. Isto deve-se, em parte, devido à informação insuficiente que é fornecida ao doente, bem como à falta de conhecimentos dos próprios profissionais de saúde;
- A falta de educação relativa ao uso de opioides nos profissionais de saúde, doentes e comunidade, perpetua os mitos e preconceitos na sua utilização na gestão da dor crónica;
- Os enfermeiros desempenham um papel essencial na gestão da dor crónica, diminuindo as dificuldades sentidas pelas pessoas, durante o tratamento com medicação opioide.

* N/A - Não aplicável

Artigo 2

Autor, título e publicação
Chang, Y.P; Compton, P.; Almeter P.& Fox, C.H. The effect of motivational interviewing on prescription opioid adherence among older adults with chronic pain <i>Perspectives in psychiatric care</i>
Ano de publicação
2015
País/Origem
Estados Unidos da América
Tipo de estudo
Estudo exploratório
Metodologia
<p>O mediador efetuou a primeira entrevista motivacional pessoalmente. Os participantes foram previamente avisados que seriam contatados telefonicamente durante as próximas 3 semanas. Foi-lhes entregue um diário onde apontavam a toma de medicação, relatos das suas experiências de dor, mudanças a nível emocional associadas à sua dor e estratégias utilizadas no controlo da dor. Os participantes preencheram escalas após as entrevistas motivacionais e foi realizado um <i>follow up</i> presencial às 4 semanas (1 mês).</p> <p>Escalas utilizadas: SOAPP (avaliar o risco de uso indevido de opioides), MMSE, AUDIT (identificar risco de abuso ou dependência de álcool), MIR (utilizado para medir o nível de motivação ou vontade para a mudança), SEAMS (para avaliar a confiança dos participante na mudança de comportamentos relativos ao uso de medicação); CESD (avaliar os sintomas de depressão); HAS-A (avaliar sintomas de ansiedade); BPI-SF (avaliar a intensidade da dor); foi ainda avaliado o grau de satisfação relativamente às entrevistas motivacionais através de uma escala de 8 itens.</p>
Objetivo do estudo
Examinar o efeito da entrevista motivacional na adesão à terapêutica opioide, em adultos e idosos com dor crónica
População e amostra
Amostra de conveniência: 30 adultos e idosos

Intervenções de enfermagem que promovam a adesão à terapêutica opioide

- Uma comunicação clara acerca do uso da medicação, e abordagem das preocupações das pessoas, são essenciais na promoção da adesão a regimes medicamentosos;
- Assegurar que o doente se sente compreendido; utilização de perguntas abertas que permitam a sua expressão; reforço positivo dos esforços realizados;
- Discussão, em conjunto com o doente, dos prós e contras da medicação opioide; barreiras que sente em cumprir o esquema prescrito; abordagem dos *triggers* que levam ao consumo de mais opioides que o prescrito;
- Utilização de esquemas e calendários; encorajar a participação da família e amigos; utilização de medidas não farmacológicas, como relaxamento; estimular a atividade física;
- Encorajar os doentes a colocarem questões e expressarem as suas preocupações.

Principais resultados

- Os mediadores examinaram as razões pelas quais as pessoas não tomavam a medicação como prescrito. Destacam o esquecimento; procura de alívio imediato; emoções negativas que interferiam com a percepção dolorosa;
- Os dados indicam que os participantes demonstraram uma redução significativa no risco de uso indevido de opioides. Os participantes também reportaram uma melhoria significativa na sua autoconfiança relativamente ao uso da medicação. Os níveis de ansiedade e depressão também reduziram após as entrevistas motivacionais. Os níveis de intensidade da dor também reduziram com o tempo. Os participantes demonstraram ainda grande satisfação acerca da utilidade da entrevista motivacional;
- Este estudo demonstrou os efeitos positivos da entrevista motivacional no aumento da adesão à terapêutica opioide nos adultos e idosos com dor crónica não oncológica, que estão em risco do seu uso indevido. O facto de parte das entrevistas terem sido realizadas telefonicamente ajudou a ultrapassar algumas barreiras (como a deslocação, transporte,

influência destes na dor da pessoa), sendo um meio eficiente na população mais idosa.

7. Conclusões

Sabemos que a não adesão à terapêutica analgésica é muito frequente, sendo que a sua subutilização mais comum, variando entre 2%-53%, com uma média de 33% (Timmerman et al, 2016). Apesar disso, ainda existem poucos estudos que explorem a não adesão à terapêutica opioide, sendo que os estudos americanos se focam mais em questões como os problemas de adição e formas de controlar a sobre-utilização dos opioides. Desta forma pode-se justificar os poucos resultados obtidos através desta pesquisa.

Não obstante, podemos retirar algumas conclusões e implicações para a prática dos estudos obtidos.

A falta de conhecimentos da pessoa idosa, familiares, profissionais de saúde e sociedade em geral, perpetuam os medos e mitos relativos à medicação opioide. Isto pode levar a comportamentos de não adesão por parte da pessoa idosa e, conseqüentemente, a uma dor não controlada, com implicações na sua funcionalidade.

Na prática clínica, o enfermeiro pode promover a adesão à medicação opioide, na população idosa com dor crônica não oncológica, através de algumas intervenções. Os estudos obtidos através desta scoping review, destacam a importância de uma avaliação minuciosa da pessoa; a partilha de informação acerca da utilização segura da medicação opioide e o reforço positivo dos esforços realizados. Devem ser determinados objetivos realistas na implementação desta medicação, no que concerne à expectativa de alívio da dor crônica, bem como na melhoria da funcionalidade da pessoa idosa. O princípio *“start low and go slow”* deve ser considerado nesta população, devido às suas alterações metabólicas, que os tornam mais vulneráveis relativamente aos efeitos secundários.

O telefone pode ser utilizado como meio de comunicação entre o profissional de saúde e pessoa idosa, diminuindo assim algumas barreiras (como a deslocação e o transporte) do contato presencial. É, assim, um meio eficiente na população mais idosa.

Pode-se concluir, que os estudos encontrados na base de dados, referem-se sobretudo à sobre-utilização da medicação opioide e ao risco de adição, problemática que se verifica sobretudo em países como os Estados Unidos da América. Ainda assim, alguns estudos já apontam para a problemática da subutilização de analgésicos, incluindo os opioides. Esta é uma área que carece de mais estudos de investigação, sobretudo estudos randomizados.

Referências bibliográficas

- Associação Internacional para o estudo da dor – IASP (2010). *Guia para o Tratamento da Dor em Contextos de Poucos Recursos*. Seattle: IASP Press.
- Azevedo, L., Costa-Pereira, A., Mendonça, L., Dias, C. & Castro-Lopes, J. (2012). Epidemiology of Chronic Pain: A Population-Based Nationwide Study on Its Prevalence, Characteristics and Associated Disability in Portugal. *The Journal of Pain*. 13 (8). 773-783.
- Cardoso, A. (2013). *Manual de tratamento da dor*. Lisboa: Lidel – edições técnicas, Lda.
- Chang, Y., Wray, L. & Sessanna, L. (2011). Use of prescription opioid medication among community-dwelling older adults with non cancer chronic pain. *Journal of addictions nursing*. 22 (19). 19-24.
- DGS (2008). *Circular Normativa*. 24/03/2008. Utilização dos medicamentos opióides fortes na dor crónica não oncológica. Acessível na Direção Geral da Saúde, Lisboa, Portugal.
- Gagliese, L. & Melzack (2013). Pain in older persons. In McMahon, S., Koltzenburg, M., Tracey, I. & Turk, D. (editores) *Wall and Melzack's textbook of pain*. (pp. 315-319). Philadelphia: Elsevier Saunders.
- Kopf, A. (2010). Dor na velhice e demência. In Associação Internacional para o estudo da dor – IASP. *Guia para o Tratamento da Dor em Contextos de Poucos Recursos*. (pp. 291- 298). Seattle: IASP Press.
- Lopes, J.C. (2007) Recomendações para a Utilização dos Medicamentos Opióides Fortes na Dor Crónica Não-Oncológica. *Dor*. 15 (3). 16-20.
- Paúl, M. C. (2005). Envelhecimento activo e redes de suporte social. *Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto*. vol. 15. pp. 275-287.

- Organização Mundial de Saúde – OMS (2005). *Envelhecimento Activo: uma politica de saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde.
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel- edições técnicas.
- Timmerman, L., Stronks, J., Groeneweg, J.G. & Huygen, F.L. (2016). Prevalence and determinants of medication non-adherence in chronic pain patients: a systematic review. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*. 60, 416-431.
- Vallerand, A. & Nowak, L. (2009). Chronic Opioid Therapy for Nonmalignant Pain: The patient's perspective. Part I- Life Before and after opioid therapy. *Pain Management Nursing*. 10 (3). 165-172.

APÊNDICE II – Guião de colheita de dados

Guião do Processo de Parceria à Pessoa Idosa com Dor Crónica Não Oncológica, sob Terapêutica Opioide (Adaptação)

REVELAR-SE	<u>Revelar-se</u> caracteriza-se pelo dar-se a conhecer da pessoa, do enfermeiro e pessoa /familiar cuidador /família como ser de projeto e de cuidados. O enfermeiro dá-se também a conhecer, estabelecendo os termos da relação.
	Dar-se a Conhecer à Pessoa Idosa
	A enfermeira cumprimenta a pessoa idosa A enfermeira apresenta-se (nome, profissão) A enfermeira apresenta a unidade que integra e os seus profissionais A enfermeira explicita os objetivos do encontro (avaliação inicial/continuidade com a consulta médica/tratamento farmacológico ou não farmacológico) A enfermeira promove a afetividade (demonstra carinho, simpatia) A enfermeira promove um ambiente propício a interação
	O Enfermeiro explicita os termos da relação, dizendo o que se espera de cada um
	Conhecer a singularidade da pessoa idosa - Projeto de vida da Pessoa Idosa - Crenças e valores
	Nome/ Nome pelo qual gosta de ser tratado Género, Idade, Contacto telefónico Estado civil Nacionalidade/naturalidade Escolaridade, Atividade profissional (atual / anterior) Quais as suas crenças e valores Religião, Espiritualidade- o que dá sentido à sua vida

O que motiva a pessoa idosa e dá sentido à sua vida

O que tem significado na sua existência

Quais os seus desejos no seu quotidiano de vida

Experiências de vida significativas

Experiências de vida significativas

(Transições de desenvolvimento; Transições situacionais; Transições de Saúde/Doença; condicionantes facilitadores e inibidores das transições)

Envolver-se caracteriza-se pela criação de um espaço de reciprocidade e estabelecimento de tempo e espaço para desenvolver uma relação de qualidade, promovendo-se o cuidado em ambiente seguro

O enfermeiro procura conhecer o potencial de desenvolvimento da pessoa no sentido de a ajudar a promover o seu projeto de saúde e vida e a realização de Si, incluindo o familiar cuidador e família, no contexto da sua comunidade, existência e relação com o Mundo.

O enfermeiro promove o cuidado em ambiente seguro

A enfermeira realiza a socialização ao CMD (equipa, organização, consultas e tratamentos disponíveis)

A enfermeira informa sobre a consulta telefónica (objetivos, número contato, horário, circuito de resolução)

A enfermeira fornece o guia de acolhimento

A enfermeira procura saber quais as expectativas da pessoa idosa e do familiar cuidador

A enfermeira enquadra e explicita as expectativas dentro dos limites previsíveis

A enfermeira mostra-se disponível para a pessoa idosa e familiar cuidador (tem tempo para a ouvir, centra os cuidados na pessoa, mostra respeito)

A enfermeira procura conhecer os conhecimentos da pessoa idosa / familiar cuidador

A enfermeira procura conhecer o que a pessoa idosa/cuidador familiar sabe sobre auto-avaliar a dor (escalas de auto ou hetero-avaliação)

A enfermeira procura conhecer o que a pessoa idosa/cuidador familiar sabe sobre o seu regime medicamentoso (se sabe a terapêutica de base e de resgate prescrita)

A enfermeira avalia as crenças e medos da pessoa idosa/cuidador familiar relativamente à medicação analgésica

A enfermeira procura perceber as expectativas da pessoa idosa/cuidador familiar, relativamente à terapêutica opioide

A enfermeira valida a informação, com a pessoa idosa/cuidador familiar, acerca das potencialidades e limitações da medicação opioide
A enfermeira envolve a pessoa idosa/cuidador familiar nos cuidados (convida-o, esclarece dúvidas)

Conhecer o Contexto de Vida da Pessoa Idosa /Conhecimento Mútuo dos Recursos existentes do meio que o rodeia

Agregado familiar

Papel na família

Rede familiar

Caracterização do ambiente familiar - Realização do Eco mapa e Genograma

Pessoa referência (nome, parentesco, contacto telefónico)

Condições habitacionais (tipo de casa, salubridade, se é próprio ou alugado, barreiras arquitetónicas, casa de banho adaptada, aquecimento)

Situação económica do agregado familiar (existem dificuldades, de que tipo)

Rede de apoio (vizinhança, médico família, apoio social, centro dia, cuidador familiar) – Realização do Ecomapa

Conhecer as necessidades e potencialidades do familiar cuidador

Atividades lazer/projeto vida (ocupação tempos livres, o que deseja para si)

Hábitos de vida/ comportamentos aditivos (Estilos de vida)

Experiências anteriores que podem influenciar a forma como vivenciam a situação atual (proximidade com serviço de oncologia, familiares acompanhados pelo CMD, familiares ou amigos sob terapêutica opioide)

Conhecer a História da Saúde/Doença atual da Pessoa Idosa e que significado esta tem na sua trajetória de vida . Processo de recuperação/adaptação

História da doença atual (início, sinais e sintomas, exames efetuados)

Terapêutica em uso/ habitual

Referenciação (Instituição/ Especialidade/ Medico)

Diagnóstico médico

Quais os antecedentes pessoais (problemas de saúde, alergias e intolerâncias, medicação e tratamentos habituais)

Internamentos anteriores (como os vivenciou)

Responsabilidade da gestão do plano terapêutico (quem, problemas de adesão)
A pessoa idosa tem conhecimento do diagnóstico / prognóstico (Compreende? Aceita?)
O cuidador familiar tem conhecimento do diagnóstico / prognóstico (Compreende? Aceita?)
Adaptação à situação de doença/dependência (stressores internos e externos)
Qual o sentido que dá à(s) doença(s) (crenças; existência de fé e/ou esperança; preocupações da pessoa idosa)
Recurso a terapias complementares
Conhecer a história de Dor da pessoa idosa
Localização
Descritores (dor neuropática e/ ou dor nociceptiva)
Temporalidade (início, duração, padrão)
Intensidade (Escala de auto ou heteroavaliação)
Fatores de exacerbação
Fatores de alívio
Medicação analgésica
Duração efeito medicação
Impacto da dor nas atividades vida (Inventário Resumido da Dor)
Perscrutar as Reais Necessidades e Potencialidades da Pessoa Idosa-Particularidades do seu padrão único de vida
Quais são as suas reais necessidades para o cuidado de Si
Qual o seu potencial de desenvolvimento tendo em conta as necessidades para o cuidado- de -Si
Avaliação multidimensional da Pessoa Idosa em todas as dimensões (recurso a instrumentos de avaliação)
Padrão de vida quotidiano: como vive cada uma das suas NHF's/AVD/AVD/ como, quando, porque as realiza
Respirar; comer e beber; manter a temperatura corporal; manter-se limpo e proteger os tegumentos; eliminar; movimentar-se e manter a postura correta; vestir e despir- se; evitar os perigos; comunicar com os seus semelhantes; dormir e repousar; praticar a sua religião e agir s/crenças; ocupar- se tendo em vista a realização de passatempos , sexualidade.

ENVOLVER-SE	Capacidades e conhecimentos para o Cuidado- de-Si	
	O que sabe acerca da situação	
	O que a pessoa pode fazer sozinha para promover o Cuidado- de- Si	
	O que só pode fazer com ajuda para promover o Cuidado- de- Si	
	O que já não pode fazer para promover o Cuidado- de- Si	
	O que o familiar cuidador pode fazer sozinho para promover o cuidado- de -Si próprio e do Outro (familiar doente)	
	O que só pode fazer com ajuda para promover o cuidado do Outro	
	O que já não pode fazer para promover o cuidado do Outro	
	O que pessoa e familiar cuidador e família sabe para promover o Cuidado- de- Si	
	O que pessoa e familiar cuidador e família não sabe para promover o Cuidado- de- Si	
	O que pessoa e familiar cuidador e família quer saber e pode saber para promover o Cuidado- de- Si	
CAPACITAR OU POSSIBILITAR	Capacitar é construir uma ação conjunta negociada no desenvolvimento de competências para agir e decidir, transformando as capacidades potenciais em reais	
	Possibilitar. Partilha o significado da experiência com o outro. O enfermeiro possibilita o cuidado da pessoa quando esta não tem capacidade para o fazer ou capacita o familiar cuidador para o fazer. Atua segundo os valores e princípios da eficácia terapêutica e profissional, tendo por base o código deontológico e o quadro de referências da profissão e uma constante análise das suas práticas	
	Promover o Cuidado- de- Si na pessoa e familiar cuidador/ família através da construção de uma ação conjunta ou assegura o cuidado do outro	
	A enfermeira partilha conhecimentos com a Pessoa Idosa e sua família acerca do regime terapêutico, nomeadamente a medicação opioide (de base e de resgate)	
	A enfermeira demonstra/ treina a pessoa idosa e sua família sobre o regime medicamentoso (de base e de resgate), nomeadamente em relação à medicação opioide	
	A enfermeira valida/reforça a necessidade de titular a terapêutica opioide (começar com doses baixas e fazer pequenos incrementos, com o mínimo de efeitos secundários possíveis)	
	A enfermeira fornece folhetos informativos relativamente à terapêutica opioide (sempre que disponíveis)	

A enfermeira partilha conhecimento sobre possíveis efeitos secundários da terapêutica, vigilância e sua prevenção (obstipação, náuseas, vômitos, sonolência)

A enfermeira informa que a obstipação é o sintoma que pode persistir durante o tratamento, partilhando conhecimentos acerca da sua prevenção (cuidados com a alimentação, terapêutica prescrita...)

A enfermeira questiona a pessoa idosa e sua família acerca de crenças, medos ou dificuldades relativamente à terapêutica opioide

A enfermeira partilha a informação de como guardar a medicação opioide, de forma a preservar o seu conteúdo indevido

A enfermeira partilha informação sobre a importância de não parar a medicação opioide abruptamente, sem indicação do médico/a do CMD

Negocia os cuidados, respeitando seu valores e crenças

Respeita a tomada de decisão da pessoa, promovendo a flexibilidade para permitir uma decisão informada

Atende as prioridades da pessoa idosa e família

Promover a pro-atividade, valorizando os conhecimentos e sentimentos da pessoa idosa, estimulando e acolhendo as suas ideias

A enfermeira possibilita o cuidado, assegurando o cuidado da pessoa quando esta não tem capacidade para o fazer, tomando cuidado com o cuidado que o outro deveria ter consigo próprio. Ou capacita o familiar cuidador para o fazer

A enfermeira articula-se com os diferentes profissionais conforme as necessidades da pessoa idosa e seu cuidador familiar

Respeita os tempos da pessoa idosa e sua família, aguardando não impondo e atende às suas preferências

A enfermeira incentiva a pessoa idosa na adesão ao plano terapêutico

A enfermeira ajuda a pessoa idosa a construir a capacidade de assumir ou assegurar o cuidado de Si, tendo em conta a pessoa como um ser de projeto e cuidado no contexto da sua existência e do mundo em que se insere

A enfermeira antecipa complicações

A enfermeira proporciona conforto e bem-estar

Comprometer-se. Desenvolvimento de esforços conjuntos no sentido de procurar atingir os objetivos definidos.

Tem controlo de si e do seu projeto de vida e de saúde

O enfermeiro com a experiência do doente aprende a ultrapassar a sua própria vulnerabilidade

O enfermeiro mantém-se como um recurso

Assumir ou Assegurar o Cuidado- do- Outro

O cuidador familiar detém informação que lhe permite tomar decisões relativas ao cuidado do Outro no controlo da dor

O cuidador familiar sabe avaliar a dor à pessoa idosa (escalas de auto ou hetero-avaliação)

O cuidador familiar sabe gerir o regime terapêutico da pessoa idosa (acessibilidade ao CMD, utilização de medidas não farmacológicas; consultas de seguimento...)

O cuidador familiar sabe gerir o regime medicamentoso da pessoa idosa (sabe a terapêutica de base prescrita e de resgate), nomeadamente a terapêutica opioide

Relativamente à terapêutica opioide, o cuidador familiar tem conhecimento sobre os seus possíveis efeitos secundários (obstipação, náuseas, vômitos, sonolência), como realizar a sua vigilância e prevenção

O cuidador familiar sabe os cuidados na prevenção da obstipação, reconhecendo este sintoma pode permanecer durante o tratamento

O cuidador familiar conhece os recursos disponíveis na unidade dor (consulta telefónica, presencial)

O cuidador familiar reconhece que a pessoa idosa tem dor controlada

O familiar cuidador e a família a adquirem capacidade para cuidar da pessoa idosa

O enfermeiro permite que a pessoa possa prosseguir na sua trajetória de vida

O enfermeiro antecipa complicações

O enfermeiro proporciona conforto e bem-estar

O enfermeiro mantém-se como um recurso

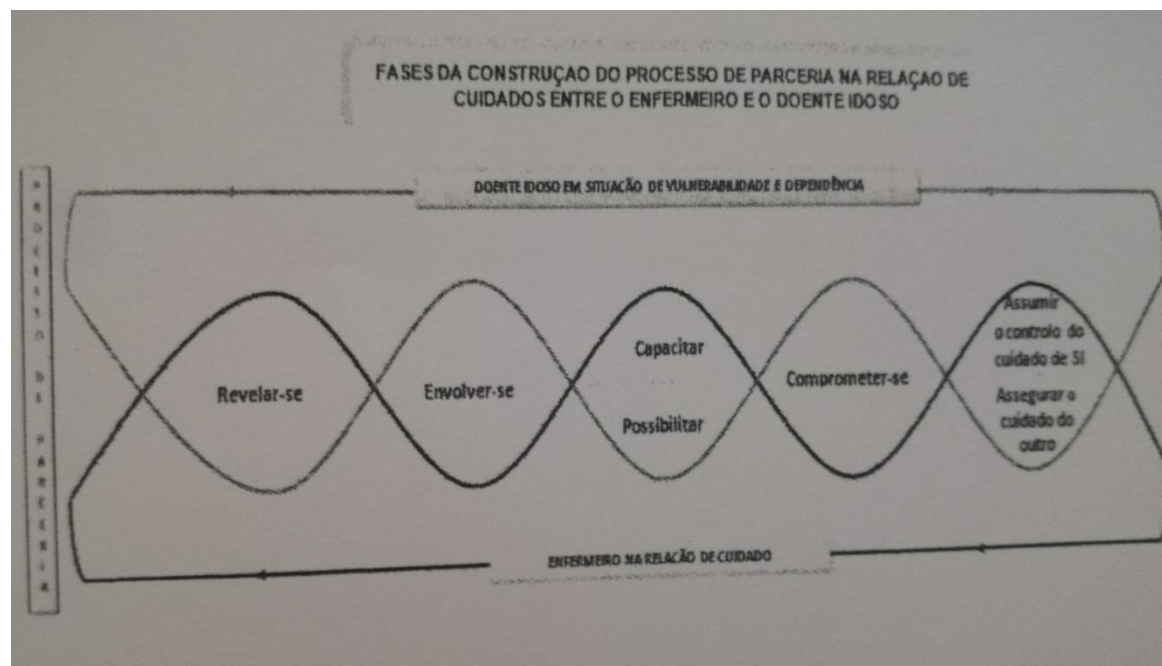


Figura 1- Modelo de Parceria de Cuidados (Gomes,2016)

APÊNDICE III – Estudo de caso

Estudo de Caso Centro Multidisciplinar Dor

Para dar resposta ao objetivo específico delineado de intervir em parceria com a pessoa idosa sob terapêutica opioide, foi estabelecido, como estratégia, a elaboração de um estudo de caso durante o estágio no CMD.

Foi utilizado o Modelo de Parceria de Cuidados preconizado por Gomes (2013,2016) na colheita de dados e elaboração deste estudo de caso. Na relação de parceria estabelecida com a pessoa idosa é respeitada a sua singularidade, através de uma ação negociada, dando abertura ao diálogo e autoconfiança. Para tal, foi útil a elaboração do guião do processo de construção de parceria à pessoa idosa com dor crónica não oncológica, sob terapêutica opioide, através das suas cinco fases (revelar-se, envolver-se, capacitar ou possibilitar, comprometer-se e assumir o controlo do cuidado de si ou assegurar o cuidado do outro) de forma a guiar todo o processo de interação com a pessoa idosa. Este guia permitiu ainda a preparação das entrevistas realizadas à pessoa idosa. Wright & Leahey (2009) referem que a preparação da entrevista é essencial de forma a planear as questões e tópicos a serem abordados durante a interação. Os indivíduos e famílias normalmente ficam satisfeitos em conversar com enfermeiros que mostram interesse neles.

1. Revelar-se

Trata-se da primeira fase do processo de parceria com a pessoa idosa. Aqui, o enfermeiro e o doente dão-se a conhecer, como seres de projeto e cuidado (Gomes, 2013). O enfermeiro mobiliza as suas competências comunicacionais para conhecer e dar-se a conhecer: promove a afetividade, demonstrando carinho e simpatia; promove a escuta ativa; mostra disponibilidade; pergunta antes de atuar; mostra respeito. Procura ainda conhecer a identidade da pessoa idosa e compreender a história de doença e Dor, e qual o significado que estes têm na sua trajetória de vida, ajudando a identificar os conhecimentos e recursos, para fazer face à situação.

Dar-se a conhecer à pessoa idosa

Após discussão com a enfermeira orientadora do local do estágio, chegámos à conclusão que realizar um estudo de caso sobre a Sra. M.L. seria enriquecedor para o desenvolvimento de competências como enfermeira especialista médico-cirúrgica vertente pessoa idosa. Na primeira sessão de diatermia, a enfermeira orientadora tinha chegado à conclusão que a Sra. M.L. não estava a cumprir o seu regime medicamentoso, nomeadamente em relação ao esquema de base.

O primeiro contacto com a Sra. M.L. decorreu na segunda sessão de Diatermia no Hospital de Dia. Tive o cuidado de me apresentar e de pedir o seu consentimento oral para realizar este trabalho académico, garantindo o anonimato e a confidencialidade dos dados colhidos. Segundo Wright & Leahey (2009) a primeira impressão dada pelo enfermeiro conta e tende a ser duradoura. A apresentação do enfermeiro é tida pelas autoras como ingrediente essencial no estabelecimento da relação terapêutica.

Através do consentimento informado e do respeito pelo outro, foi promovida a autonomia e o *empowerment* da Sra. M.L., reconhecendo-a como responsável pelo seu projeto de vida e de saúde (Gomes, 2013, 2016). Após ter dado o seu consentimento, foi-lhe explicado que poderia desistir a qualquer momento, sem qualquer prejuízo.

Foi promovido um ambiente de privacidade tanto quanto possível, dadas as condições físicas da sala onde decorreu a técnica aplicada, a proximidade física e o contacto visual com a Sra. M.L. Foi ainda respeitado o seu ritmo ao longo das entrevistas.

A Sra. M.L. mostrou-se disponível, comunicativa e respondeu com interesse durante a entrevista, o que facilitou o processo de construção de parceria com a pessoa idosa com dor crónica sob terapêutica opioide.

Conhecer a identidade da pessoa idosa

A Sra. M.L. tem 72 anos e gosta de ser tratada por M.L. Pertence ao biótipo humano branco, é natural da região do sul. Foi empregada de comércio e neste momento está reformada.

Em relação ao seu estado civil, revelou que está divorciada e que casou duas vezes. O primeiro casamento refere que casou “obrigada” (SIC), tendo-se divorciado porque não gostava do ambiente em que viviam. Teve dois filhos deste casamento (uma filha e um filho), que vivem no estrangeiro. Tem 8 netos. Casou pela segunda vez, referindo que este Sr. a ajudou a criar os seus filhos, mas que a maltratava a “nível físico e psicológico” (SIC). Deste casamento teve um terceiro filho, que vive perto de si e que consta como pessoa de referência no seu processo clínico.

Conhecer o contexto de vida da pessoa idosa

A Sra. M.L. vive sozinha numa moradia, que herdou da tia, da qual foi cuidadora na fase final da sua vida. Vive nesta casa há cerca de 16 anos. Refere que a casa possui quatro quartos, uma cozinha e uma casa de banho, aparentemente com condições de salubridade. Diz ainda ser suficiente para si e para receber os filhos e os netos quando vêm de férias. Não manifesta relação de proximidade com os vizinhos.

A pessoa com quem mantém mais contacto é um primo, cerca da mesma idade, que vive perto. Mantém contacto próximo com o filho mais novo, com o qual passeia em alguns fins-de-semana. O contacto com os filhos e netos que vivem no estrangeiro é feito telefonicamente. Sempre que possível vai visitá-los e eles vêm passar as férias de verão. No entanto, a sua grande companhia é uma cadela, que lhe foi oferecida pelo filho mais novo. Fala com muito carinho desta cadela. Aos fins-de-semana passeia com o primo (vão ao cinema, à praia...) e, sempre que possível, levam a “cadelinha” (SIC). Sempre que se desloca a alguma consulta ou outro compromisso, o primo fica com a sua cadela, que, segundo a Sra. M.L, não está habituada a estar sozinha. No fundo, a sua grande preocupação é a cadela.

Em relação aos seus hobbies, gosta de ler e de fazer *tricot*, embora sinta alguma dormência nos dedos (SIC), que a impede de realizar tanto quanto gostaria. A Sra. M.L. referiu que antigamente cantava em casas de fados, o que lhe dava grande prazer. Por diversas vezes manifestou tristeza por ter deixado de cantar devido aos ciúmes do segundo marido. Embora se tenha separado há alguns anos, não retomou esta atividade que tanto prazer lhe dava. Não foi abordada a razão pela qual não retomou esta atividade, embora fosse interessante nos contactos seguintes aprofundar esta questão.

A nível económico, não verbalizou dificuldades, sendo capaz de gerir a sua reforma de forma autónoma.

A Sra. M.L. mantém-se autónoma na condução do seu automóvel. O primo acompanha-a nas consultas, apenas para ficar com a cadela no átrio no hospital.

Foi elaborado o genograma familiar (figura 1) e o ecomapa (figura 2). da Sra. M.L. de forma a esquematizar as suas relações significativas, as forças e ligações dentro da rede familiar e sua rede de apoio.

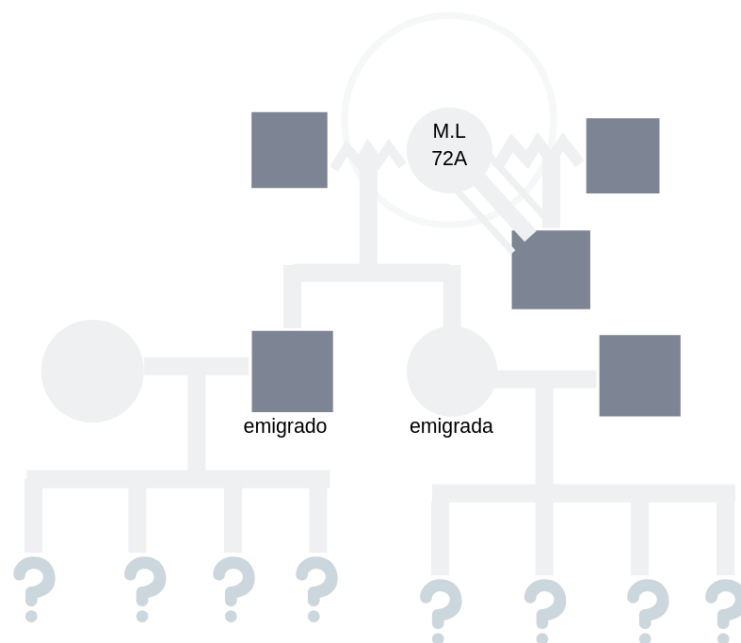
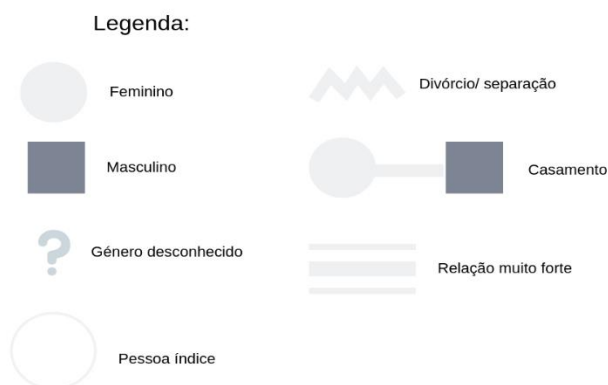


Figura 2- Genograma da Sra. M.L.



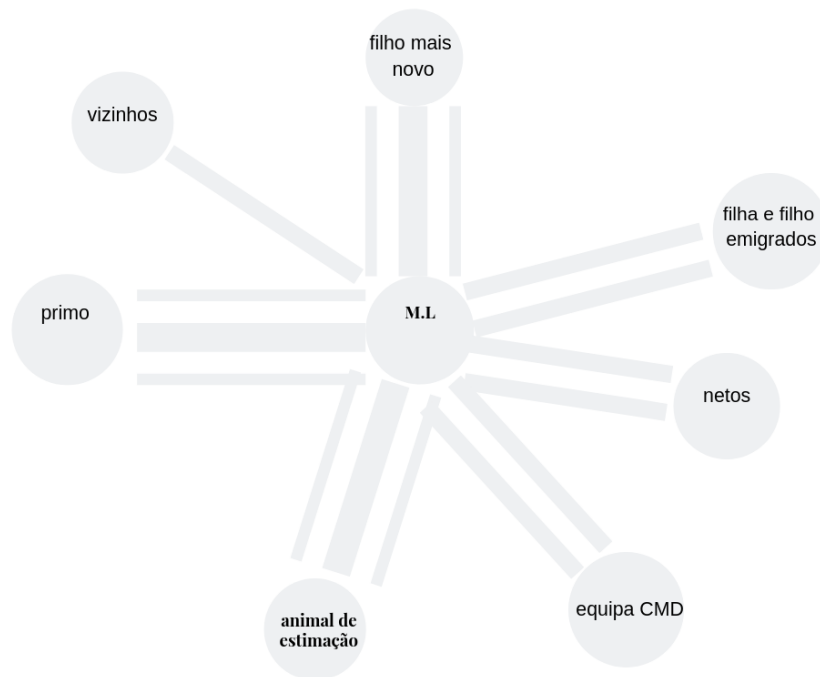
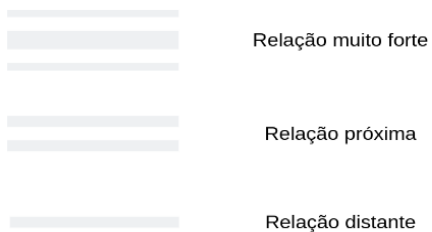


Figura 3- Ecomapa da Sra. M.L.

Legenda:



Conhecer a história de doença da pessoa idosa

A Sra. M.L. foi observada pela primeira vez no CMD dia 14/9/2017, onde teve o diagnóstico de “Dor miofascial da cadeia muscular posterior e banda iliotibial”.

Como antecedentes pessoais, obtidos através do seu processo clínico, destacam-se:

- Hipertensão arterial;
- Dislipidemia;
- Obesidade;
- Febre reumática aos 23 anos;

- Cirurgia às cataratas (olho esquerdo).

Seria importante perceber em que medida a Sra. M.L. valoriza estes problemas de saúde, onde é seguida e o que mais a preocupa na sua situação de saúde/doença. Benner (2001) refere que o enfermeiro especialista procura ajudar os doentes, neste caso, a pessoa idosa, a interiorizar as implicações da doença no seu estilo de vida; procura saber e compreende como o doente interpreta a sua doença. Para isso tem de ser sensível para perceber o momento ideal para a aprendizagem, saber quando este está pronto a aprender. O enfermeiro perito tem em conta que o doente tem a sua própria interpretação e compreensão do seu estado de saúde e doença. Dá-lhe tempo e espaço para se exprimir a esse nível, respeitando a sua interpretação.

Nega alergias ou consumos aditivos.

O quadro seguinte esquematiza a terapêutica habitual da Sra. M.L:

Medicamento	Grupo	Via de administração	Dose	Posologia
Pravastatina	Antidislipidêmicos	Oral	40mg	1x dia
Bisoprolol	Anti-hipertensor: bloqueador adrenérgico beta (seletivo)	Oral	5mg	1x dia
Furosemida	Diurético de Ansa; Anti- hipertensor	Oral	40mg	1x dia
Lercanidipina	Antihipertensor Bloqueador dos canais de cálcio	Oral	10mg	1x dia
Diazepam	Benzodiazepina (Ansiolítico, relaxante músculo-esquelético)	Oral	5mg	1x dia
Irbesartan + Hidroclorotiazida	Antihipertensor Antagonista dos recetores de angiotensina II + Diurético Tiazídico	Oral	300mg + 12.5 mg	1x dia
Tromalyt (Ácido Acetilsalicílico)	Antiagregante plaquetário	Oral	150mg	1x dia
ADT (Cloridrato de Amitriptilina)	Antidepressivo tricíclico (também usado no controlo da dor crónica)	Oral	25mg	1x dia

É autónoma na aquisição e gestão do seu regime terapêutico.

O conceito de polimedicação não é consensual. Galvão (2006) refere que a polimedicação (ou polifarmácia) define-se como o uso simultâneo de muitos medicamentos. Pode também ser definida como a prescrição de mais medicamentos do que o que é indicado para a pessoa, ou o uso empírico de cinco ou mais medicamentos. Já Henriques (2013) afirma que pode ser definida como o consumo de quatro ou mais medicamentos. Esta definição numérica não traduz, porém, a adequação da prescrição e a complexidade do regime terapêutico. Podemos, assim, concluir, que a Sra. M.L. se encontra polimedicada (uso simultâneo de 8 medicamentos).

Segundo Moraes (2012), a presença de múltiplas patologias e a polifarmácia são comuns na pessoa idosa, sendo fatores de risco para a iatrogenia, neste caso, medicamentosa. Concluímos que a Sra. M.L. está sob quatro medicamentos anti-hipertensores (Bisoprolol, Furosemida, Lercanidipina e Irbesartan + Hidroclorotiazida), e dois que provocam sedação e depressão do SNC (Diazepam e ADT). Conclui-se que existe um risco de hipotensão e sedação induzidos por esta medicação, com consequente aumento do risco de quedas.

Conhecer a história de dor

A Sra. M.L. foi referenciada internamente, através da consulta de Neurocirurgia, por uma dor com agravamento há cerca de 3 anos, na região glútea. Dia 14/9/17, após observação pela equipa do CMD, é feito o diagnóstico de “Dor miofascial da cadeia muscular posterior e banda iliotibial”. Utilizando a definição utilizada pelo IASP (2010) e DGS (2010), podemos afirmar que a Sra. M.L. sofre de dor crónica, neste caso, de origem músculo-esquelética da cadeia muscular posterior e banda iliotibial. Segundo a IASP (2009), a síndrome dolorosa miofascial trata-se de uma condição músculo-esquelética, que se caracteriza por dor local e referida e presença de *trigger-points* em qualquer região do organismo. Neste caso, trata-se de uma dor na região glútea, referida à região inguinal e joelho direito, que inclui a face lateral do membro inferior direito.

No dia da entrevista, na segunda sessão de diatermia, refere dor constante com variações, no glúteo direito. Como descritores, afirma que é uma dor tipo “picada”. Destaca como fatores exacerbadores da dor, o decúbito, a sedestação (estar sentada) e a marcha. O calor é um fator de alívio. Ao ser aplicado o Inventário Resumido da Dor (formulário abreviado), destaca-se:

- Dor com intensidade máxima de 5 (durante a última semana); intensidade mínima de 3 (durante a última semana); intensidade média de 4 e, no momento, intensidade de 4 (de 0 a 10);
- Alívio de cerca de 80% da sua dor com a medicação analgésica instituída;
- Interferência da dor na atividade geral 7/10, disposição 0/10, capacidade para andar a pé 6/10, trabalho normal, 7/10, relação com as outras pessoas 5/10, sono 5/10 e prazer de viver 0/10.

Podemos concluir que a dor tem um grande impacto nas atividades diárias da Sra. M.L., nomeadamente na atividade em geral, capacidade para andar a pé e trabalho normal. Não parece interferir com a sua disposição ou prazer de viver.

Após a primeira consulta médica foi-lhe proposto o seguinte plano terapêutico, com intervenções farmacológicas e não farmacológicas:

Farmacológica

Terapêutica de Base

Medicamento	Grupo	Via de administração	Dose	Horário
Tiocolquicosido	Relaxante muscular	Oral	4mg	Ao pequeno-almoço e ao jantar (durante 15 dias)
Paracetamol	Analgésico	Oral	1g	Ao pequeno-almoço e ao jantar (durante 15 dias) Juntamente com o Tiocolquicosido
Olbete (Oxicodona)	Analgésico Opioide	Oral	5mg	1 ao jantar, durante uma semana; Depois passa a 1 ao pequeno-almoço e 1 ao jantar
Tizanidina	Relaxante muscular (agonista alfa ₂ adrenérgico)	Oral	2mg	Ao deitar (após terminar o Tiocolquicosido)
Metoclopramida	Antiemético	Oral	10mg	30 minutos antes do pequeno-almoço, almoço e jantar (durante 3 dias)

Terapêutica de resgate:

Paracetamol	Analgésico	Oral	1g *	Até 2x dia se dor
-------------	------------	------	------	-------------------

Não farmacológico:

Segundo o diário clínico, foi aconselhada a manter a fisioterapia, a realizar alongamentos da coluna, iniciar hidroterapia e tratamentos de Diatermia no hospital de dia do CMD. Segundo a IASP (2009), as modalidades de tratamento da síndrome dolorosa miofascial baseiam-se na manipulação dos *trigger-points*, como é o caso da diatermia e do exercício físico, visando a melhoria do condicionamento muscular e relaxamento.

2. Envolver-se

Conhecer a singularidade do processo de envelhecimento da pessoa idosa

Nos contactos com a Sra. M.L. conclui que se encontra consciente, orientada no tempo, espaço e pessoa. A idade aparente é menor que a idade cronológica. Vem vestida de acordo com as condições meteorológicas e apresenta um aspeto cuidado. Apresenta pele com tom bronzeado, corada e hidratada.

Apresenta discurso fluente, perceptível e calmo. Manifesta labilidade emocional quando se refere à equipa do CMD, especialmente a Enf. M., que a ajudou na compressão do seu esquema terapêutico. Refere que já sente alguma dificuldade em se concentrar e alguns problemas de memória, que diz “ser normal com a idade” (SIC). Como forma de avaliar o seu estado cognitivo, foi aplicado o *Mini Mental Test* (MMSE), com um score de 29, o que demonstra **ausência de défice cognitivo**. Apresentou alterações apenas ao nível da orientação temporal (não se recordava do dia da semana em que nos encontrávamos).

Refere medir 1.64 e pesar cerca de 84Kg. Com estes dados, conclui-se que apresenta um IMC de 31.23, classificando-se como **Obesidade classe I** (WHO, 2000).

Afirma já ter perdido algum peso recentemente. Quando questionada acerca dos seus hábitos alimentares, refere que por vezes “salta” a refeição do jantar, bebe todos os dias *ice tea* e coloca açúcar nas suas bebidas.

Dada a existência de múltiplas comorbilidades, incluindo obesidade, e a presença de dor que interfere com a satisfação de algumas AVD's (como se constata pelo Inventário Resumido da Dor que foi aplicado) foram aplicadas algumas escalas para perceber o seu estado funcional com mais profundidade:

- Classificação funcional da marcha de Holden, para determinar o grau de autonomia na marcha. Insere-se dentro da categoria 4, **marcha independente em superfície plana** – apresenta dificuldade em superfícies inclinadas ou escadas, necessitando do auxílio de uma terceira pessoa ou de um apoio (como por exemplo, um corrimão);
- Índice de Barthel, para avaliar o nível de independência na realização das atividades básicas de vida diária (ABVD). Totalizou um score de 19, ou seja, **dependência moderada**. Tal como na avaliação anterior, demonstra dependência para subir e descer escadas;
- Índice de Lawton & Brody, para determinar o nível de independência na satisfação das atividades instrumentais de vida diária (AIVD), ou seja, o grau de autonomia da Sra. M.L. para a realização das atividades necessárias para viver de forma independente na comunidade. Neste caso obteve-se um score de 8, ou seja, é **independente nas AIVD**.

Dada a dificuldade da Sra. M.L. em subir/descer escadas e andar em pisos inclinados, à iatrogenia medicamentosa e devido à dor (ver Inventário Resumido da Dor), tornou-se importante efetuar uma avaliação do seu risco de queda. Foi aplicada a escala de Morse, com uma pontuação de 15, ou seja, apresenta **baixo risco de queda**.

Ao longo dos contactos com a Sra. M.L., apercebi-me que por vezes manifestava tristeza em relação a algumas situações do seu passado (nomeadamente à relação que referia como abusiva e o ter deixado de cantar). Tornou-se por isso importante aplicar a Escala de Depressão Geriátrica (30 itens). Obteve-se uma pontuação final de 8/30, o que indica **ausência de depressão**. A aplicação desta escala tornou-se uma ferramenta fulcral para conhecer a Sra. M.L. com mais profundidade. Os itens da escala permitiram aperceber que apesar da Sra. M.L. se considerar uma pessoa bem-disposta e satisfeita com a sua vida, sente que deixou

de parte muitas das suas atividades e interesses. Manifestou algum receio em relação ao futuro, pois vive sozinha, e sente que com o passar dos anos vai ficar mais dependente. Durante esta entrevista, afirmou ter um maneirismo de arrancar os cabelos, referindo que o faz desde adolescente, após um episódio traumático.

Não refere alterações do padrão do sono. Ainda assim, refere que a sua dor interfere (5 numa escala de 0 a 10) no sono.

Apresenta continência de esfíncteres, negando presença de obstipação no presente.

Não utiliza ortóteses visuais. Não foi apurada alteração na acuidade auditiva nem alterações das capacidades sensitivas.

Conhecimento dos recursos da pessoa idosa

A Sra. M.L. verbaliza ser capaz de realizar as tarefas do seu dia-a-dia, de forma independente e autónoma, embora refira alguma preocupação relativa ao seu futuro.

Valoriza os resultados obtidos através da terapêutica instituída e diatermia, no que diz respeito à diminuição da dor e melhoria da sua funcionalidade, estando muito grata à equipa do CMD.

3. Capacitar ou Possibilitar

Nesta terceira fase do modelo parceria de cuidados, existe a construção de uma ação conjunta no desenvolvimento de competências para agir e decidir. Implica a partilha de responsabilidade e poder, onde o enfermeiro ajuda a transformar as capacidades potenciais da pessoa idosa em reais. Além disso, o enfermeiro promove a autonomia da pessoa idosa, o conforto, facilitando o acesso aos recursos (da comunidade, ou a outros profissionais). Aguardando, não impondo, respeitando o tempo do doente e da família (Gomes, 2013, 2016).

As sessões de Diatermia no Hospital de Dia, que duram cerca de 30 minutos, foram aproveitadas para estabelecer uma relação de parceria com a Sra. M.L., através da negociação, partilha de informação, reflexão conjunta e partilha da responsabilidade e poder (Gomes, 2013). Para tal, foi-lhe inicialmente entregue o guia de acolhimento do CMD, que possui algumas informações gerais, entre elas o horário e acessibilidade da consulta telefónica e presencial. As sessões de Diatermia foram

agendadas tendo em conta a disponibilidade do serviço, mas também da Sra. M.L. De forma a promover o cuidado de Si, foi realizado ensino sobre a autoavaliação da dor, através da escala numérica, escala escolhida pela Sra. M.L.

Na primeira sessão de Diatermia, foi-lhe explicado em que consistia esta técnica não farmacológica, utilizando linguagem simples e adequada. Nesta sessão constatou-se que a Sra. M.L. não estava a realizar a terapêutica de base como prescrita, pois tinha dificuldade em perceber o esquema terapêutico que lhe tinha sido entregue na primeira consulta presencial. O esquema terapêutico, em cima descrito, envolvia titulações e incrementos de dosagem, o que pode ter dificultado a sua compreensão. Foi elaborado um novo esquema terapêutico assim que se detetou esta dificuldade, e validado nas sessões seguintes a sua compreensão.

Nas sessões seguintes, foi feito reforço do ensino acerca do regime terapêutico de base e de resgate, bem como algumas medidas farmacológicas que poderia adotar no domicílio, nomeadamente a aplicação de calor na região glútea direita (através de saco de água quente, por exemplo) e exercícios de alongamento da coluna.

No processo de parceria de cuidados estabelecido entre as enfermeiras do CMD e a Sra. M.L. houve assim uma capacitação para assegurar o cuidado de Si, no que concerne ao controlo da dor crónica (Gomes, 2013, 2016).

4. Comprometer-se

Na quarta fase do modelo de parceria, existe o desenvolvimento de esforços conjuntos no sentido de atingir os objetivos estabelecidos. As ações efetuadas visam a transição de uma capacidade potencial para capacidade real (Gomes, 2013, 2016). As ações desenvolvidas em parceria com Sra. M.L. visaram a transição da sua capacidade potencial para a capacidade real, com o objetivo de prosseguir com o seu projeto de vida e saúde.

Foi elaborado um plano de cuidados que tenta demonstrar o esforço que foi estabelecido entre as enfermeiras e a Sra. M.L. Foram elaboradas tabelas para esquematizar este plano de cuidados, através do levantamento de problemas reais ou potenciais, resultados esperados, intervenções de enfermagem e compromissos estabelecidos em parceria com a Sra. M.L.

Problemas Identificados	Resultados Esperados	Intervenções de enfermagem	Compromissos estabelecidos em parceria
<p>Dor no glúteo direito, relacionada com Síndrome miofascial, manifestado por: Intensidade de dor no momento EN=4; Pico EN= 5.</p> <p>Impacto da dor (IRD) aplicado na segunda sessão de Diatermia: Atividade geral 7/10; Disposição 0/10; Capacidade para andar a pé (6/10); Trabalho normal (7/10); Relações com outras pessoas (5/10); Sono (5/10); Prazer de viver (0/10).</p>	<p>Que a Sra. M.L. apresente a sua dor controlada para que consiga prosseguir o seu projeto de vida e de saúde.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação da dor em todos os contactos com a equipa de enfermagem (presencial ou telefonicamente); • Validação, em todos os contactos, do esquema terapêutico de base e de resgate; • Incentivo à adesão terapêutica; • Realização de Diatermia no Hospital de Dia (6 sessões), acordadas com a Sra. M.L.; • Incentivo à adesão às medidas não farmacológicas de controlo da dor; • Reforço positivo nos esforços e progressos da Sra. M.L.; • Despiste de situações passíveis de encaminhamento médico. 	<ul style="list-style-type: none"> • Que a Sra. M.L. seja capaz de autoavaliar a sua dor, reconhecendo quando não apresenta dor controlada e, se possível, algum fator precipitante; • Que cumpra o regime terapêutico de base; • Que saiba gerir a terapêutica de resgate sempre que aprestar dor irruptiva (aumento transitório da dor para intensidade moderada a forte, numa pessoa com dor crónica de intensidade ligeira ou moderada (IASP, 2010)); • Que adira às sessões de Diatermia programadas; • Que adira a medidas não farmacológicas de controlo da dor

			<p>(ex: colocação de água quente na região glútea, à noite).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Que seja capaz de identificar as situações e como contactar o CMD (pessoalmente ou telefonicamente).
Problemas Identificados	Resultados Esperados	Intervenções de enfermagem	Compromissos estabelecidos em parceria
Não adesão à terapêutica de base, manifestado por dificuldade em compreender o guia terapêutico entregue na primeira consulta médica.	Que a Sra. M.L. seja capaz de compreender as indicações do guia terapêutico e demonstre comportamentos de adesão à terapêutica instituída.	<ul style="list-style-type: none"> • Realização de MMSE para despistar problemas cognitivos. Score de 29: ausência de défice cognitivo; • Elaboração de um novo guia terapêutico, explícito para a Sra. M.L., dando tempo e espaço para a sua compreensão; • Validação do regime terapêutico de base e resgate em todos os contactos com a equipa de enfermagem. 	<ul style="list-style-type: none"> • Que a Sra. M.L. traga sempre consigo o guia terapêutico; • Que a Sra. M.L. saiba como contactar o CMD caso tenha dúvidas ou em caso de exacerbação da dor.

Problemas Identificados	Resultados Esperados	Intervenções de enfermagem	Compromissos estabelecidos em parceria
<p>Risco de obstipação, relacionado com instituição de terapêutica opioide (atrasa a motilidade gástrica e intestinal e diminui o peristaltismo, resultando em obstipação. É o único efeito secundário que os indivíduos não criam tolerância).</p>	<p>Que a Sra. M.L. tenha o seu trânsito intestinal controlado.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Incentivo à adesão a medidas preventivas, como a prática de exercício físico (incentivar as suas caminhadas com a cadela e o seu primo), adoção de uma alimentação rica em fibras e ingesta hídrica; • Entrega de informação escrita sobre a prevenção da obstipação, como forma de complementar a informação fornecida, dando tempo e espaço para a sua assimilação. • Vigilância do trânsito intestinal da Sra. M.L. nos contatos com a equipa de enfermagem; • Proceder ao encaminhamento médico para adequar a prevenção da obstipação 	<ul style="list-style-type: none"> • A Sra. M.L. comprometeu-se em adotar algumas medidas preventivas; • Contacto com a equipa do CMD caso apresente obstipação.

		(instituição de terapêutica), se for necessário.	
Problemas Identificados	Resultados Esperados	Intervenções de enfermagem	Compromissos estabelecidos em parceria
<p>Obesidade, relacionado com adoção de estilos de vida não saudáveis e alterações do envelhecimento*, manifestado por IMC de 31,23 (Obesidade classe I)</p> <p>*Aumento da massa gorda a nível visceral, diminuição da massa magra, diminuição da água total (Santos, 2014)</p>	<p>Que a Sra. M.L. tenha um peso adequado para o seu género, idade e estatura.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Incentivo à adoção de estilos de alimentação mais saudáveis, como por exemplo, não saltar refeições (por vezes não janta), fazer as suas bebidas em casa e reduzir a quantidade de açúcar que coloca nas bebidas; • Incentivo à continuação das caminhadas com o primo e a sua cadela; • Incentivo à procura de piscinas com hidroterapia (que conjuga o tratamento não farmacológico da sua dor e o exercício aeróbico); • Reforço positivo dos seus progressos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Substituir os <i>ice tea</i> industriais, por chá gelado realizado em casa, controlando a quantidade de açúcar que coloca; • Colocar ½ de açúcar e ½ de adoçante das bebidas, como o café; • Não saltar a refeição do jantar; • Investigar a existência de piscinas onde possa realizar hidroterapia, que seja acessível para si.

Problemas Identificados	Resultados Esperados	Intervenções de enfermagem	Compromissos estabelecidos em parceria
<p>Risco de hipotensão e sedação, com consequente aumento do risco de queda relacionado com iatrogenia medicamentosa (está sob quatro anti-hipertensores e sob terapêutica que provoca a depressão do SNC, incluindo terapêutica opioide).</p>	<p>Que a Sra. M.L não apresente quedas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicação da escala de Morse para avaliação de risco de queda (score de 15 – baixo risco de queda) e sua reavaliação periódica; • Incentivo à monitorização da tensão arterial; • Avaliação do estado mental da Sra. M.L. nos contactos quer pessoais, quer telefónicos; • Ensino sobre a possibilidade de eventual sedação na fase de titulação da terapêutica opioide, informando que é um sintoma passageiro; • Despiste de sinais e sintomas de sedação e eventual encaminhamento para o médico do CMD ou médico de família. 	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar a tensão arterial e recorrer ao médico de família se houver alterações do seu padrão habitual; • Contactar o CMD caso os sintomas de sedação excedam o tempo de titulação do opioide (Olbete) • Contactar o CMD caso a sensação de sedação seja incapacitante para a satisfação das suas atividades diárias.

5. Assumir o controlo do cuidado de Si próprio ou assegurar o cuidado do Outro

Esta fase implica que a pessoa idosa é capaz de prosseguir com o seu projeto de vida e saúde. Está informada e consegue decidir qual o melhor caminho para si e consegue gerir a sua situação de saúde/doença (Gomes, 2013).

Ao longo dos contactos com a Sra. M.L., os enfermeiros do CMD estabeleceram uma relação de parceria com a pessoa idosa, através da partilha da informação e do poder e da negociação de estratégias para atingir os compromissos delineados em parceria. Dando tempo e espaço para transformar as capacidades potenciais da Sra. M.L. em reais, para que assumisse o cuidado de Si e prosseguisse com o seu projeto de vida e saúde.

A Sra. M.L. atingiu alguns dos objetivos para assumir o cuidado de Si, nomeadamente em relação à capacidade de autoavaliação da sua dor, cumprimento do regime terapêutico de base e de resgate, adoção de medidas de controlo não farmacológico da dor (como a aplicação de calor na região glútea) e assiduidade aos tratamentos de diatermia. Demonstrou verbalmente melhoria na sua funcionalidade com o tratamento instituído e durante a realização do estágio não contactou nem fisicamente nem telefonicamente o CMD, assumindo-se, assim, que apresenta a sua dor crónica controlada.

Reflexão final

A intencionalidade dos cuidados de enfermagem foi uma das grandes aprendizagens que foi obtida durante o estágio no CMD, nomeadamente através da preparação e elaboração deste estudo de caso. Wright & Leahey (2013) afirmam que nenhuma conversa com uma pessoa ou familiar é trivial. Todas as conversas ou interações devem ser interativas, significativas e com um propósito, permitindo à pessoa e/ou família reconhecer o próprio potencial de cura. O tempo despendido nas sessões de diatermia (cerca de 30 minutos) foi direcionado para conhecer a Sra. M.L., a sua história de vida e de saúde, a sua história de dor e as suas dificuldades na adesão ao esquema terapêutico. Como referem as autoras supracitadas, a arte de

ouvir as histórias de vida da pessoa idosa, por si só, já constitui uma intervenção de enfermagem.

Para além disso, o guião do modelo de parceria que foi elaborado, permitiu orientar e operacionalizar a intervenção de enfermagem à pessoa idosa com dor crónica não oncológica sob terapêutica opioide, revelando-se um instrumento poderoso durante este percurso académico e profissional.

A utilização do modelo de parceria de cuidados possibilitou uma abordagem e um cuidado centrado na pessoa idosa, neste caso, com dor crónica não oncológica e sob terapêutica opioide. Permitiu, assim, um conhecimento aprofundado da pessoa idosa, identificação das suas reais necessidades, partilha de responsabilidade e poder e potencialização das suas capacidades, para que conseguisse dar continuidade ao seu projeto de vida e de saúde, tendo a sua dor controlada.

A preparação e elaboração deste estudo de caso permitiu desenvolver competências como enfermeira especialista em enfermagem médico cirúrgica, vertente da pessoa idosa, dada a complexidade da intervenção realizada, nomeadamente a complexidade do esquema terapêutico em causa, a titulação de opioides e a própria vulnerabilidade da pessoa idosa. A avaliação multidimensional Sra. M.L., particularmente a utilização de algumas escalas, como a escala de depressão geriátrica, permitiram que a Sra. se revelasse aos enfermeiros, abordando assuntos que dificilmente surgiriam neste contexto. Foi-lhe dado tempo e espaço durante as interações, tendo-se sentido confortável em partilhar alguns traumas do seu passado.

Como constrangimento, refiro apenas as condições em termos de espaço e privacidade das salas do CMD, por vezes com simultaneidade de atividades, que podem ser dificultadoras do estabelecimento da relação de parceria com a pessoa idosa. Apesar disso, é de enaltecer os esforços de toda a equipa multidisciplinar para que todos os procedimentos sejam feitos com a maior privacidade possível, respeitando o espaço e dignidade das pessoas que cuidam diariamente.

Referências Bibliográficas

- Associação Internacional para o estudo da dor – IASP (2010). *Guia para o Tratamento da Dor em Contextos de Poucos Recursos*. Seattle: IASP Press.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. Lisboa: Quarteto.
- DGS (2010). *Orientação da Direcção-Geral da Saúde. 14-12-2010*. Orientações técnicas sobre o controlo da dor crónica na pessoa idosa. Acessível na Direcção Geral da Saúde, Lisboa, Portugal.
- Galvão, C. (2006). O idoso polimedicado – estratégias para melhorar a prescrição. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. 22. pp: 747-752.
- Gomes, I.D. (2013). Promover o cuidado de Si: a natureza da parceria entre o enfermeiro e o doente idoso no domicílio. In Pereira Lopes (coord), *O cuidado de enfermagem à pessoa idosa- da investigação à prática* (pp. 77-113). Loures: UI&DE e Lusociência.
- Henriques, A. (2013). A gestão da medicação nas pessoas idosas: a adesão como indicador de eficácia de intervenções de enfermagem. In Pereira Lopes (coord), *O cuidado de enfermagem à pessoa idosa- da investigação à prática* (pp. 115-174). Loures: UI&DE e Lusociência.
- IASP (2009). Ano Mundial contra a dor músculo-esquelética: dor miofascial. Acessível em:
http://s3.amazonaws.com/rdcms-iasp/files/production/public/Content/ContentFolders/GlobalYearAgainstPain2/MusculoskeletalPainFactSheets/MyofascialPain_Portuguese.pdf
- Associação Internacional para o estudo da dor – IASP (2010). *Guia para o Tratamento da Dor em Contextos de Poucos Recursos*. Seattle: IASP Press.
- Moraes, E. N. (2012). *Atenção à saúde do idoso: aspectos conceituais*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde.
- Santos, F. (2014). Nutrição e envelhecimento. In M.T. Veríssimo (coord), *Geriatría fundamental – saber e praticar* (pp. 75-90). Lisboa: Lidel.
- World Health Organization (2000). *Obesity: preventing and managing the global epidemic*. Geneva: WHO.

Wright, L.M & Leahey, M. (2009). *Enfermeiras e Famílias- Um guia para avaliação e intervenção na família*. (4ª edição). São Paulo: Roca.

APÊNDICE IV – Apresentação do projeto à equipa do CMD

Promoção do cuidado de Si à pessoa idosa com dor crónica não oncológica, sob terapêutica opioide, seguida na consulta da Unidade da Dor, com recurso à consulta telefónica.



Discente: Sandra Trancoso, N.º 146
Docente: Professora Idalina Gomes

Lisboa, 25 de outubro de 2017

Projeto

Palavras chave:

Pessoa Idosa; Dor crónica não oncológica; Opioides; Adesão; Consulta telefónica;
Telenursing, Cuidado de Si.

Duração:

Início - 25 de Setembro de 2017

Final - 9 de Fevereiro de 2018

Duração - 6 meses

Sumário

Dor crónica: diagnosticada quando a dor dura do que 3 meses ou mais (DGS, 2010).

Persiste para além do curso normal de uma doença aguda ou da cura da lesão que lhe deu origem. (DGS, 2010).

Ocorre de forma contínua ou intermitente durante vários meses, com expectativa de alívio temporário, mas raramente definitivo (Cardoso, 2013).

“... é por direito próprio uma doença” (Cardoso, 2013, p. 21).

DC Não Oncológica (DCNO): resulta de qualquer patologia não neoplásica (Lopes, 2007)

A utilização de medicamentos **opioides** na DCNO tem vindo a aumentar, pois tem sido comprovada a sua eficácia em ensaios clínicos e RSL (Lopes, 2007).

Sumário

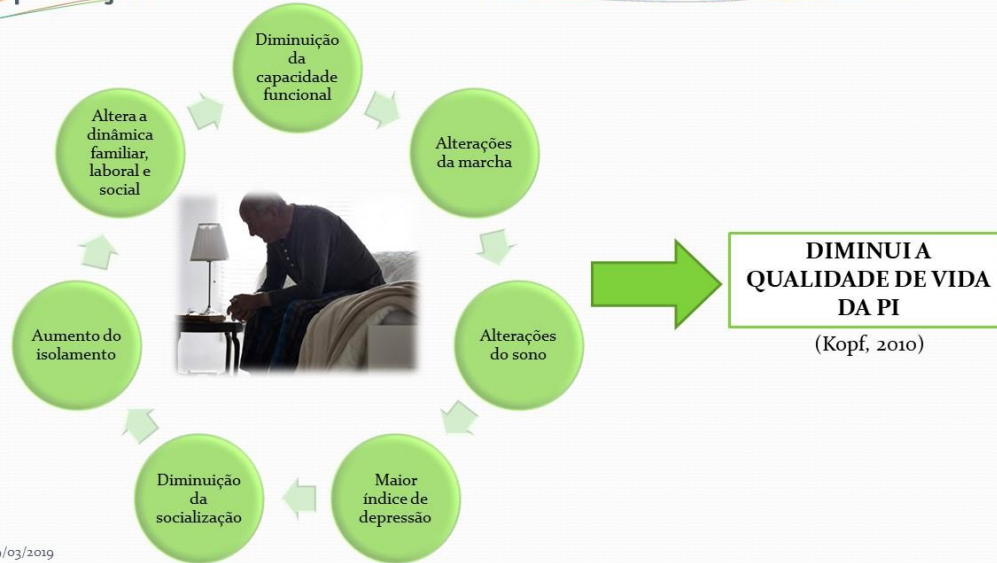
Portugal mantém a tendência do envelhecimento demográfico (INE, 2016)

Maior probabilidade de aparecimento de doenças crónicas (*European Observatory on Health Systems and Policies*, 2008)

Dor crónica (DC) em PT: maior prevalência nos **idosos**, reformados, desempregados e com menos escolaridade (Azevedo et al, 2012)

Implicações da DC na PI (Kopf, 2010)

Implicações da Dor Crónica na Pessoa Idosa



Sumário (cont)

A OMS utiliza o índice de consumo de medicamentos opioides per capita como um indicador da qualidade de cuidados de saúde no âmbito da terapêutica da dor (Lopes, 2007; DGS, 2008)

A prescrição de medicamentos opioides em Portugal é das mais baixas da Europa (Lopes, 2007; DGS, 2008)

Pretende-se diminuir a prevalência DC moderada a forte, aumentar a adesão terapêutica, melhorar a qualidade de vida, **reduzir os mitos e preconceitos associados aos medicamentos opioides** e prevenir o seu uso ilícito (Lopes, 2007; DGS, 2008)

Relação de parceria com a PI, para potenciar o cuidado de Si, nomeadamente a adesão à terapêutica opioide (Gomes, 2013)

Competências

Contexto

- Fases Iniciais. (Benner, 2001).

Desenvolver competências de Enf. Especialista

- Responsabilidade profissional, ética e legal;
- Melhoria contínua da qualidade;
- Gestão dos cuidados;
- Aprendizagens profissionais. (O.E. 2010)

Desenvolver competências de Mestre

- Capacidade de análise acerca do conhecimento que sustenta a prática de Enf.;
- Compreensão sobre a saúde/doença, cuidar/tratar e sua implicação nas políticas de saúde, organização dos cuidados e na prática;
- Capacidade de análise das dimensões éticas, política, histórica, social e económica da prática de Enf.;
- Saber aplicar o conhecimento de Enf. nos diferentes contextos. (ESEL, 2014)

Revisão da Literatura

RSL sobre a não adesão terapêutica na dor crónica (25 estudos)

Subutilização da medicação analgésica é mais comum. Varia entre 2%-53%, com uma média de 33%

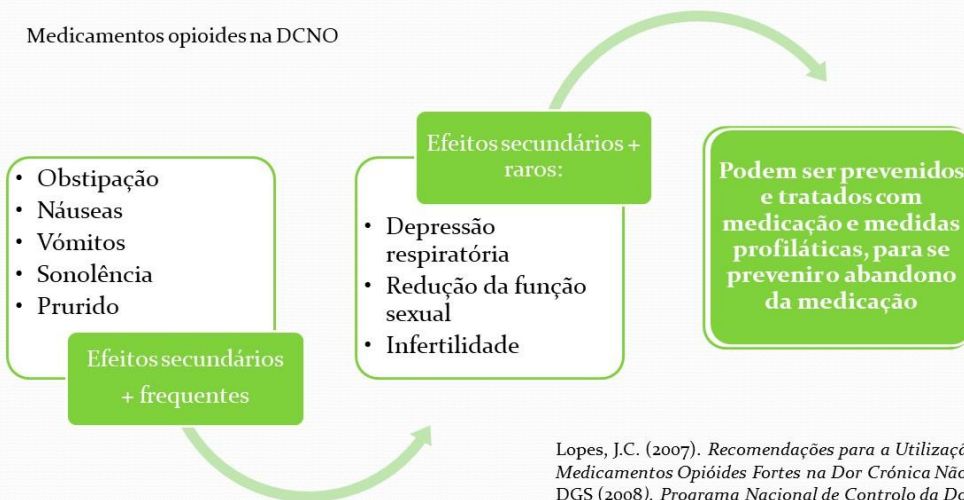
Preocupação acerca dos efeitos secundários, medo de adição, falta de informação, pouca preocupação relativa aos sintomas de desabitação

O follow-up regular e a monitorização mostraram melhorar a **adesão nos doentes com terapia crónica com opioides**

Timmerman et al (2016). *Prevalence and determinants of medication non-adherence in chronic pain patients: a systematic review.*

Revisão da Literatura

Medicamentos opioides na DCNO



Lopes, J.C. (2007). *Recomendações para a Utilização dos Medicamentos Opióides Fortes na Dor Crônica Não-Oncológica*. DGS (2008). *Programa Nacional de Controlo da Dor*.

29/03/2019

9

Revisão da Literatura

Telenursing: uso de recursos tecnológicos e sistemas de comunicação, sobretudo através do uso do telefone.



Valtuir et al (2016). *Application of telenursing in nursing practice: an integrative literature review*.

Consulta de enfermagem: intervenção que visa a realização de uma **avaliação**, o estabelecer de um **plano de cuidados de enfermagem**, no sentido de ajudar o indivíduo a atingir a máxima capacidade de autocuidado.

Portaria nº 19/2012 de 20 janeiro (2012).

29/03/2019

10

Plano de Trabalho e métodos – Justificação do problema

Estudo qualitativo, realizado a 103 doentes e familiares seguidos na Consulta Telefónica (CT) da Dor do

Variável	n=103	%
Idade	< 40 Anos	7
	40 - 49 Anos	16
	50 - 59 Anos	22
	60 - 69 Anos	22
	70 - 79 Anos	22
Sexo	80 Anos	11,66
	> 80 Anos	66,90
Nacionalidade	Feminino	72
	Masculino	31
	Portuguesa	98
	Outra	5
Estado Civil	Casado	66
	Vivo	16
	Solteiro	5
	Divorciado	5
	União de Facto	3
Escolaridade	Separado	2
	Desconhecido	6
	Licenciatura	8
	Curso médio/bacharelato	5
	Ensino secundário	7
	2º Ciclo	13
	3º Ciclo	12
	4º Ciclo	41
	5º Ciclo	9
	6º Ciclo	8
Residência	Desconhecido	8
	Área de abrangência do HGO	83
	Fora da área de abrangência do HGO	20
	HGO	19,42
Tempo de residência no concelho	< 1 Ano	7
	1 - 10 Anos	8
	11 - 20 Anos	33
	21 - 30 Anos	21
	> 30 Anos	14
Profissão	Desconhecido	20
	Balanizador	53
	Trabalhador por conta de outrem	23
	Donatário	12
	Desempregado	5
Agregado familiar	Trabalhador por conta própria	4
	Desconhecido	6
	Cirurgião	83
	Outras profissões	32
	Companheiro/companheira	2
Agregado familiar	Só	14
	Instituição	1
Agregado familiar	Desconhecido	1
	Desconhecido	0,97

Variável	n=103	%
Origem da Doença	Não Oncológica	77
	Oncológica	26
Analgésicos Opióides	Sim	96
	Não	7
	Desconhecido	6,79

Martins, M., Pereira Lopes, M.J. (2010). A consulta telefónica como intervenção do enfermeiro ao doente e família com dor crónica, numa unidade de dor.

29/03/2019

11

Plano de Trabalho e Métodos – Justificação do Problema

No Contexto: entrevista Informal à Enf. Responsável do CMDor do

- Contribuir no projeto a decorrer, ao nível da CT à pessoa idosa;
- Desmistificar os medos e preconceitos relacionados com a medicação opioide, como preconizado pela DGS (2001, 2008) de forma a aumentar a adesão terapêutica à medicação opioide na pessoa idosa e, consequentemente, promover o Cuidado de Si (Gomes, 2013).

Projeto em curso no CMDor no

“Consulta telefónica na unidade de dor: Promoção do cuidado de Si à pessoa idosa com dor crónica em casa”

- Duração: Abril 2017 até Dezembro 2018;
- CT à pessoa idosa: apoio/orientação, supervisão individualizada da adesão à terapêutica, gestão do regime medicamentoso, **nomeadamente os opioides**, e minimização dos fatores que dificultem o processo do cuidado de Si.

29/03/2019

12

Plano de Trabalho e Métodos

- Finalidade: desenvolver competências de enfermeiro mestre e especialista na área médico-cirúrgica, no cuidado à pessoa idosa e sua família, nomeadamente na promoção do cuidado de Si da pessoa idosa com dor crónica não oncológica, sob terapêutica opioide, seguida na consulta telefónica de enfermagem numa unidade dor.
- Objetivos Gerais do Projeto:

Contexto Hospitalar

1. Desenvolver competências como enfermeiro especialista no cuidado à pessoa idosa, nomeadamente na intervenção em parceria à pessoa idosa com dor crónica não oncológica sob terapêutica opioide e sua família, promovendo o cuidado de Si, na consulta da dor.
2. Contribuir para o desenvolvimento do projeto que se encontra em curso no CMDor intitulado: “*Consulta telefónica na unidade de dor: promoção do cuidado de Si à pessoa idosa com dor crónica em casa*”, promovendo o desenvolvimento de competências na equipa de enfermagem para intervenção em parceria à pessoa idosa com dor crónica não oncológica sob terapêutica opioide, para promover o cuidado de Si, através da consulta telefónica de enfermagem.

29/03/2019

13

Análise SWOT

Forças:

Motivação para a aprendizagem;
Trabalho em equipa;
Equipa multidisciplinar com peritos na área, incluindo EEMC vertente da PI;
Consultas de Enf. estruturadas;
Projeto a decorrer no CMDor.

Fraquezas:

Inexperiência nos contextos;
Falta de conhecimentos acerca do sistema informático existente (Sclinico);
Espaços físicos limitados;
Simultaneidade de atividades.

Oportunidades:

Orientações tutoriais;
Formações internas e externas acerca da dor, DC, medicação opioide, PI;
PI como principal população no CMDor.

Ameaças:

Tempo limitado para desenvolver o projeto.

29/03/2019

14

Descrição das Tarefas e Resultados Esperados - Tabelas

1. Desenvolver competências como enfermeiro especialista no cuidado à pessoa idosa, nomeadamente na intervenção em parceria à pessoa idosa com dor crónica não oncológica sob terapêutica opioide e sua família, promovendo o cuidado de Si, na CD.

Objetivo específico	Atividades	Indicadores
Aprofundar conhecimentos sobre a PI com dor crónica não oncológica, sob terapêutica opioide, seguida na consulta telefónica.	Revisão scoping da literatura sobre a PI com dor crónica e a sua dificuldade em aderir à terapêutica opioide e que intervenções de enfermagem podem promover esta adesão;	Resultados da revisão scoping;
	Revisão da literatura sobre as vantagens da consulta telefónica no cuidado à PI;	Resultados da revisão da literatura;
	Identificação de escala que avalie a adesão à terapêutica opioide;	Reflexões sobre as aprendizagens adquiridas;
	Reuniões de orientação tutorial.	Escala identificada;
		Registo das reflexões sobre as reuniões tutoriais.

29/03/2019

15

(cont)

Intervir em parceria com a PI com dor crónica não oncológica, nomeadamente sob terapêutica opioide, e junto da sua família, de forma a promover o cuidado de Si.	Estágio no CMDor do <input type="text"/> de 26/9/17 a 9/2/18;	Avaliações de desenvolvimento pelos orientadores;
	Prestação de cuidados de enfermagem em parceria com a PI com dor crónica não oncológica, sob terapêutica opioide, e sua família, na consulta telefónica e/ou presencial:	Reflexões das aprendizagens realizadas;
	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliação inicial da PI com dor crónica com base no protocolo de parceria desenvolvido no serviço, incluindo a avaliação multidimensional da PI e avaliação multidimensional da Dor da PI, com recurso a escalas que se julguem pertinentes; - Entrevistas à PI, para conhecer a sua singularidade e perceber o impacto que a dor crónica tem na sua vida; - Entrevistas à PI para perceber os seus receios, mitos associados e dificuldades que sente relativamente à medicação opioide; - Planeamento de intervenções de enfermagem; - Participação em intervenções autónomas e interdependentes; - Monitorização da PI com dor crónica; 	Existência de estudos de caso que demonstrem a promoção do cuidado de Si;
	Elaboração de estudos de caso;	Reflexões sobre os estudos de caso;
	Reuniões de orientação tutorial;	Registo das reflexões sobre as reuniões.
	Reuniões formais e informais com a equipa de enfermagem, para reflexão das práticas.	

29/03/2019

16

2. Contribuir para o desenvolvimento do projeto que se encontra em curso no CMDOR intitulado: “Consulta telefónica na unidade de dor: promoção do cuidado de Si à pessoa idosa com dor crónica em casa”, promovendo o desenvolvimento de competências na equipa de enfermagem para intervenção em parceria à pessoa idosa com dor crónica não oncológica sob terapêutica opioide, para promover o cuidado de Si, através da consulta telefónica de enfermagem.

Objetivo específico	Atividades	Indicadores
Contribuir para o desenvolvimento de competências na equipa de Enfermagem, relativamente à intervenção em parceria à pessoa idosa com dor crónica não oncológica sob terapêutica opioide, para promover o cuidado de Si, através da consulta telefónica de enfermagem.	Reuniões formais e informais na equipa, para divulgação do projeto;	Registos sobre as reuniões, estratégias definidas e sugestões;
	Sessões de formação para divulgação dos resultados das revisões realizadas;	Sessões de formação realizadas;
	Formação em contexto de trabalho (análise de práticas de cuidados, sessões de formação) na equipa de enfermagem sobre as dificuldades sentidas pelas PI na adesão à terapêutica opioide, de forma a assegurarem o cuidado de Si, e quais os cuidados de enfermagem que podem potenciar esta adesão;	Reflexões sobre as formações realizadas, análise das práticas de cuidados;
	Formação em contexto de trabalho sobre as vantagens, dificuldades e estratégias a utilizar na consulta telefónica;	Questionário realizado;
	Realização de um questionário à equipa de enfermagem para perceber as suas práticas no acompanhamento das PI com DCNO, que se encontram sob terapêutica opioide;	Reflexão sobre as dificuldades sentidas pela equipa no acompanhamento da PI com DCNO sob terapêutica com opioides;
	Análise dos registos de enfermagem relativamente ao acompanhamento da PI com DCNO sob terapêutica opioide;	Reflexão sobre os resultados dos questionários para análise das práticas de cuidados;
	Criação e aplicação de uma checklist de tópicos que devem ser abordados na consulta de enfermagem relativamente à medicação opioide (abordagem de medos, mitos, prevenção de efeitos secundários, recomendações e orientações);	Reflexão sobre a análise dos registos de enfermagem;
29/03/2019		Checklist realizada; Reflexão sobre o feedback da sua aplicação, por parte dos enfermeiros;

17

(cont)

Objetivo específico	Atividades	Indicadores
Contribuir para o desenvolvimento de competências na equipa de Enfermagem, relativamente à intervenção em parceria à pessoa idosa com dor crónica não oncológica sob terapêutica opioide, para promover o cuidado de Si, através da consulta telefónica de enfermagem.	Realização de informações escritas que a PI possa levar para o domicílio, que reforcem os esclarecimentos fornecidos relativamente:	Informações escritas realizadas;
	À utilização de medicação opioide de base (ação lenta):	Reflexão sobre o feedback da sua aplicação, por parte dos enfermeiros e PI;
	- Hidromorfona (Jurnista);	
	- Tapentadol (Palexia);	
	- Morfina oral;	
	- Oxycodona/ naloxona (Targin);	
	- Oxycodona	
	E de resgate (ação rápida):	
	- Fentanilo sub-lingual (Abstral e Velofent);	
	- Buprenorfina;	
	- Morfina acção rápida (Sevredo e Oramorph).	
	Intervenção em consultas telefónicas que integrem o projeto em curso;	Reflexões das aprendizagens;
	Avaliação final do projeto através de entrevistas à PI e família, entrevistas aos enfermeiros e, se for pertinente, equipa multidisciplinar e análise de registos realizados;	Reflexão sobre o impacto das intervenções na PI e na equipa;
	Divulgação dos resultados do projeto;	Relatório Final de Estágio realizado.
29/03/2019	Realização do relatório final do estágio.	

18

Cronograma

	2017												2018		
	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar			
Fase 1 e 2: Conção teórica do projeto / Planeamento															
Pesquisa Bibliográfica															
Reuniões de orientação tutorial															
Reuniões com orientadora de estágio															
Elaboração e entrega do projeto															
Fase 3: Execução															
Realização de estágio na UD do						25			15	29	9				
Realização de estágio na UCC d										2-26					
Prestação de CE à PI com DCNO e sua família na CD e no seu contexto domiciliário															
Elaboração de estudos de caso															
Realização de ações formativas na equipa de Enf.															
Reuniões com a equipa de Enf. para reflexão das práticas															
Fase 4: Avaliação															
Entrevistas à PI e sua família, aos Enf. e equipa multidisciplinar, análise de registos efetuados															
Fase 5: Divulgação dos resultados															
Elaboração do relatório final															
Divulgação dos resultados na equipa de Enf.															

Referências Bibliográficas

- Azevedo, L., Costa-Pereira, A., Mendonça, L., Dias, C. & Castro-Lopes, J. (2012). Epidemiology of Chronic Pain: A Population-Based Nationwide Study on Its Prevalence, Characteristics and Associated Disability in Portugal. *The Journal of Pain*. 13 (8). 773-783.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito. Excelência e poder na prática clínica de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto.
- Cardoso, A. (2013). *Manual de tratamento da dor*. Lisboa: Lidel – edições técnicas, Lda.
- DGS (2001). *Despacho Ministerial. 26-03-2001*. Plano Nacional de Luta contra a dor. Acessível na Direção Geral da Saúde, Lisboa, Portugal.
- DGS (2008). *Circular Normativa. 18-06-2008*. Programa Nacional de Controlo da Dor. Acessível na Direção Geral da Saúde, Lisboa, Portugal.
- DGS (2010). *Orientação da Direção-Geral da Saúde. 14-12-2010*. Orientações técnicas sobre o controlo da dor crónica na pessoa idosa. Acessível na Direção Geral da Saúde, Lisboa, Portugal.
- Escola Superior de Enfermagem (2014). *Regulamento de Mestrado*. Lisboa: ESEL.
- European Observatory on Health Systems and Policies Series (2008). *Caring for people with chronic conditions- a health system perspective*. Maidenhead: Open University Press - McGraw-Hill Education.
- Gomes, I.D. (2013). Promover o cuidado de Si: a natureza da parceria entre o enfermeiro e o doente idoso no domicílio. In Pereira Lopes (coord). *O cuidado de enfermagem à pessoa idosa- da investigação à prática* (pp. 77-113). Loures: UI&DE e Lusociência.

Referências Bibliográficas

- Instituto Nacional de Estatística – INE (2016). Estatísticas demográficas 2015. Lisboa: INE.
- Kopf, A. (2010). Dor na velhice e demência. In Associação Internacional para o estudo da dor – IASP. *Guia para o Tratamento da Dor em Contextos de Poucos Recursos*. (pp. 291- 298). Seattle: IASP Press.
- Lopes, J.C. (2007) Recomendações para a Utilização dos Medicamentos Opióides Fortes na Dor Crónica Não-Oncológica. *Dor*. 15 (3). 16-20.
- Martins, M., Pereira Lopes, M.J. (2010). A consulta telefónica como intervenção do enfermeiro ao doente e família com dor crónica, numa unidade de dor. *Pensar Enfermagem*. 14 (1). 39-57.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Portaria nº 19/2012 de 20 de Janeiro (2012). Regulamento das tabelas de preços das instituições e serviços integrados no Serviço Nacional de Saúde, aprovado pela portaria nº 132/2009, de 30 de Janeiro. *Diário da República 1ª série*, Nº 174.
- Souza-Júnior, V., Mendes, I., Mazzo, A. & Godoy, S. (2016). Application of telenursing in nursing practice: an integrative literature review. *Applied Nursing Research*. 29. 254-260
- Timmerman, L., Stronks, J., Groeneweg, J.G. & Huygen, F.L. (2016). Prevalence and determinants of medication non-adherence in chronic pain patients: a systematic review. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*. 60, 416-431.

29/03/2019

21



Obrigada!

29/03/2019

22

APÊNDICE V – Questionário à equipa de enfermagem do CMD

Questionário

Exmas. Enfermeiras,

O presente questionário insere-se no projeto designado “*Promoção do Cuidado de Si à pessoa idosa com dor crónica, sob terapêutica opioide, seguida na consulta da Unidade da Dor, com recurso à consulta telefónica*”. Tem como principal objetivo, identificar as práticas da equipa de Enfermagem do Centro Multidisciplinar Dor, relativamente ao acompanhamento da pessoa idosa com dor crónica não oncológica, que se encontra sob terapêutica opioide.

Solicito, assim, a vossa colaboração para o preenchimento deste questionário. Os dados recolhidos serão tratados e analisados e de acordo com os princípios éticos e deontológicos da confidencialidade e anonimato da informação e dados.

Nas afirmações que se seguem, assinale com uma cruz a frequência que melhor caracteriza as suas atitudes no acompanhamento das **personas idosas** sob terapêutica opioide, sendo que os números correspondem a:

- 1- Nunca**
- 2- Raramente**
- 3- Algumas vezes**
- 4- Muitas vezes**
- 5- Sempre**

	1	2	3	4	5
No início da terapêutica com opioides:					
1. Reforça a informação junto da pessoa idosa e família sobre as potencialidades e limitações da medicação opioide, avaliando as expectativas de alívio da dor que a pessoa idosa espera com essa terapêutica.					
2. Avalia as crenças e medos relativamente à medicação analgésica.					
3. Informa/reforça a informação junto da pessoa idosa acerca dos efeitos secundários mais frequentes (obstipação, náuseas, vômitos, sonolência e prurido).					
4. Realiza uma avaliação física da pessoa idosa (sensorial, funcional, mobilidade, necessidade de auxiliares de marcha, por exemplo)					
5. Realiza uma avaliação social da pessoa idosa (dificuldades económicas, rede de apoio familiar ou outra, por exemplo)					
6. Realiza uma avaliação psicológica da pessoa idosa, despistando alguma patologia psiquiátrica (depressão, alcoolismo, psicose, por exemplo).					
7. Fornece informação escrita sobre a terapêutica opioide que vai iniciar.					
8. Valida se a pessoa idosa conhece a existência do contacto telefónico da UD (em que dias e horário), e em que circunstâncias deve ligar.					
Recomendações genéricas para a utilização de medicamentos opioides:					
9. Valida os conhecimentos da pessoa idosa acerca dos cuidados a ter ao guardar a medicação opioide, preservando o uso indevido.					
10. Valida, sempre que adequado, que caso a pessoa viaje para o estrangeiro, necessita de levar um documento subscrito pelo médico, de como está sob terapêutica com medicamentos opioides fortes.					

11. Valida, juntamente com a pessoa idosa, a importância de não parar a medicação opioide abruptamente, sem indicação do médico/a da Unidade da Dor.					
12. Monitoriza a toma de outros analgésicos, não prescritos pelo/a médico/a da Unidade da Dor.					
Na fase de titulação					
13. Valida/reforça a necessidade de titular a terapêutica opioide (começar com doses baixas e fazer pequenos incrementos, com o mínimo de efeitos secundários possíveis).					
Na fase de Monitorização					
14. Avalia a Dor da pessoa idosa, bem como o efeito analgésico da terapêutica opioide.					
15. Avalia as crenças e medos relativamente à medicação opioide, incluindo estigmas de outros profissionais de saúde, vizinhos ou familiares.					
16. Avalia em que medida a dor interfere com a mobilidade e o trabalho (doméstico, por exemplo).					
17. Avalia em que medida a dor interfere com o seu humor, relação com outras pessoas e/ou prazer de viver.					
18. Avalia em que medida a dor interfere com o sono.					
19. Avalia a presença dos efeitos secundários mais frequentes (obstipação, náuseas, vômitos, sonolência e prurido).					
20. Despista alguns efeitos secundários mais raros (como a depressão respiratória, variações no peso corporal e efeitos hormonais, tais como: redução da atividade das glândulas suprarrenais, redução da função sexual e infertilidade e hiperalgisia).					
21. Despista eventuais sinais de tolerância (que resulta na diminuição do efeito do fármaco).					
22. Despista eventuais sinais de dependência (física ou psicológica).					
23. Despista eventuais sinais de adição (uso compulsivo de um medicamento ou substância de uso ilícito e na preocupação permanente em obtê-la, com deterioração da saúde física, mental e social da pessoa idosa).					
24. Articula-se com o/a médico/a quando a terapêutica se mostra ineficaz, ou quando a pessoa idosa apresenta efeitos secundários não controlados.					
25. Procura compreender dificuldades de adesão da pessoa idosa e, sempre que necessário, encaminha para o/a médico/a.					

Referências:

- DGS (2008). *Circular Normativa*. 24/03/2008. Utilização dos medicamentos opioides fortes na dor crónica não oncológica. Acessível na Direção Geral da Saúde, Lisboa, Portugal.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (2012). *Palliative care for adults: strong opioids for pain relief – clinical guideline*. United Kingdom: NICE.
- Vallerand, A. & Nowak, L. (2009). Chronic Opioid Therapy for Nonmalignant Pain: The patient's perspective. Part I- Life Before and after opioid therapy. *Pain Management Nursing*. 10 (3). 165-172.

Obrigada pela sua colaboração!

APÊNDICE VI- Guião de Observação dos Registos de Enfermagem

Guião de Observação dos Registos de Enfermagem

Exmas. Enfermeiras,

O presente guião insere-se no projeto designado “*Promoção do Cuidado de Si à pessoa idosa com dor crónica, sob terapêutica opioide, seguida na consulta da Unidade da Dor, com recurso à consulta telefónica*”. Tem como principal objetivo, identificar as práticas da equipa de Enfermagem do Centro Multidisciplinar Dor, relativamente ao **registo das intervenções realizadas para acompanhamento da pessoa idosa com dor crónica não oncológica, que se encontra sob terapêutica opioide**.

Legenda:

Registado – **R**

Não registado- **NR**

Não aplicável- **NA**

Registos sobre o início da terapêutica com Opioides Fortes:	R	NR	NA	Observações
1. Regista informação sobre o reforço realizado acerca das potencialidades e limitações da medicação opioide, bem como as expectativas de alívio da dor da pessoa idosa.				
2. Regista informação sobre as crenças e medos da pessoa idosa, relativamente à medicação opioide.				
3. Regista informação acerca do reforço realizado sobre os efeitos secundários mais frequentes (obstipação, náuseas, vômitos, sonolência e prurido).				
4. Regista informação relativa à avaliação física da pessoa idosa (sensorial, funcional, mobilidade, necessidade de auxiliares de marcha, por exemplo)				
5. Regista informação relativa à avaliação social da pessoa idosa (dificuldades económicas, rede de apoio familiar ou outra, por exemplo)				
6. Regista informação relativa à avaliação psicológica da pessoa idosa, nomeadamente alguma patologia psiquiátrica (depressão, alcoolismo, psicose, por exemplo).				
7. Regista informação acerca da informação escrita fornecida sobre a terapêutica opioide que vai iniciar.				
8. Regista informação sobre o conhecimento da pessoa idosa acerca da existência do contacto telefónico da UD (em que dias e horário), e em que circunstâncias deve ligar.				

Registos sobre esclarecimentos relativos às recomendações genéricas para a utilização de medicamentos Opioides Fortes			
9. Regista informação sobre esclarecimentos prestados acerca dos cuidados que as pessoas idosas/famílias devem ter ao guardar a medicação opioide, preservando o uso indevido.			
10. Regista informação dada sobre o facto de, caso a pessoa viaje para o estrangeiro, necessitar de levar um documento subscrito pelo médico, de como está sob terapêutica com medicamentos opioides.			
11. Regista informação sobre os esclarecimentos prestados sobre a importância de não parar a medicação opioide abruptamente, sem indicação do médico/a da Unidade da Dor.			
12. Regista informação sobre a monitorização da toma de outros analgésicos, não prescritos pelo/a médico/a da Unidade da Dor.			
Registos sobre a fase de titulação			
13. Regista informação dada sobre o reforço da necessidade de titular a terapêutica opioide (começar com doses baixas e fazer pequenos incrementos, com o mínimo de efeitos secundários possíveis).			
Registos sobre a fase de monitorização			
14. Regista informação sobre a avaliação da Dor da pessoa idosa, bem como o efeito analgésico da terapêutica opioide.			
15. Regista a avaliação das crenças e medos relativamente à medicação opioide, incluindo estigmas de outros profissionais de saúde, vizinhos ou familiares.			
16. Regista em que medida a dor interfere com a mobilidade e o trabalho (doméstico, por exemplo).			
17. Regista em que medida a dor interfere com o seu humor, relação com outras pessoas e/ou prazer de viver.			
18. Regista em que medida a dor interfere com o sono.			
19. Regista a presença dos efeitos secundários mais frequentes (obstipação, náuseas, vômitos, sonolência e prurido).			
20. Regista, sempre que pertinente, o despiste de alguns efeitos secundários mais raros (como a depressão respiratória, variações no peso corporal e efeitos hormonais, tais como: redução da atividade das glândulas suprarrenais, redução da função sexual e infertilidade e hiperalgesia).			
21. Regista eventuais sinais de tolerância (que resulta na diminuição do efeito desse Fármaco).			
22. Regista eventuais sinais de dependência (física ou psicológica).			
23. Regista eventuais sinais de adição (uso compulsivo de um medicamento ou substância de uso ilícito e na			

preocupação permanente em obtê-la, com deterioração da saúde física, mental e social do indivíduo).				
24. Regista a comunicação com o/a médico/a quando a terapêutica se mostra ineficaz, ou quando a pessoa idosa apresenta efeitos secundários não controlados.				
25. Regista dificuldades de adesão da pessoa idosa e eventual encaminhamento médico.				

Referências:

- DGS (2008). *Circular Normativa*. 24/03/2008. Utilização dos medicamentos opioides fortes na dor crónica não oncológica. Acessível na Direção Geral da Saúde, Lisboa, Portugal.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (2012). *Palliative care for adults: strong opioids for pain relief – clinical guideline*. United Kingdom: NICE.
- Vallerand, A. & Nowak, L. (2009). Chronic Opioid Therapy for Nonmalignant Pain: The patient's perspective. Part I- Life Before and after opioid therapy. *Pain Management Nursing*. 10 (3). 165-172.

**APÊNDICE VII- Apresentação dos resultados à equipa de
enfermagem do CMD**



8º Curso de Mestrado em
Enfermagem
Área de Especialização
Enfermagem Médico-Cirúrgica:
vertente da pessoa idosa

**Promoção do cuidado de Si à pessoa idosa com dor crónica não oncológica, sob
terapêutica opioide, seguida na consulta da Unidade da Dor, com recurso à consulta
telefónica**

Apresentação dos resultados à equipa de Enfermagem do CMD do

Discente: Sandra Trancoso, N.º 146
Docente: Professora Idalina Gomes
Enf. EEMC Orientadora: Madalena
Mela

Almada, 18 de Janeiro de 2018

Colheita de Dados

2 instrumentos:

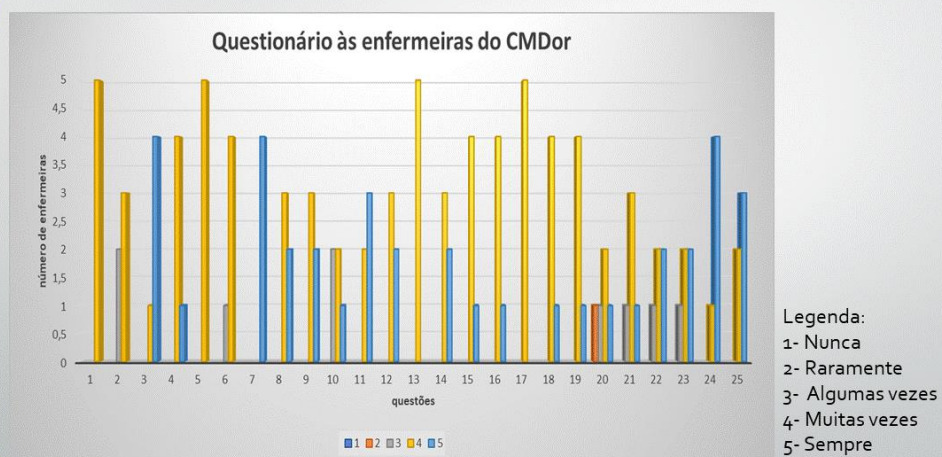
- **Questionário às enfermeiras do CMD do** (n=5)

Atitudes no acompanhamento da pessoa idosa sob terapêutica opioide
25 afirmações para classificar segundo uma escala de Likert (5 itens: 1 – nunca, 2-
raramente, 3- algumas vezes, 4- muitas vezes e 5- sempre)

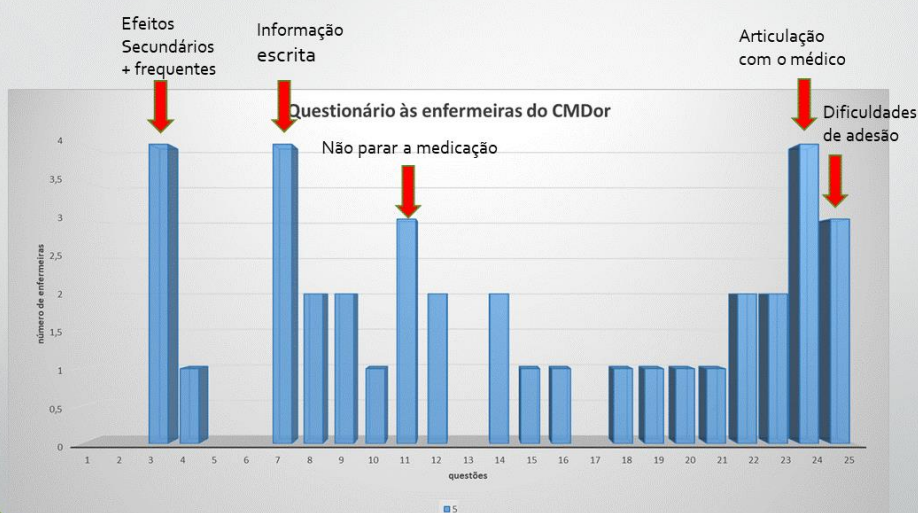
- **Análise dos registos de Enfermagem**

Registo das intervenções realizadas no acompanhamento da pessoa idosa com dor crónica,
sob terapêutica opioide
Analisados 9 processos do projeto a decorrer no CMD. Incluiu: avaliação inicial de
enfermagem, notas de evolução de enfermagem (de consultas presenciais e não presenciais) e
todos os registos do projeto (registo da consulta telefónica, inventário resumido da dor, escala
MAT e inventário das convicções perceções relacionadas com a dor)

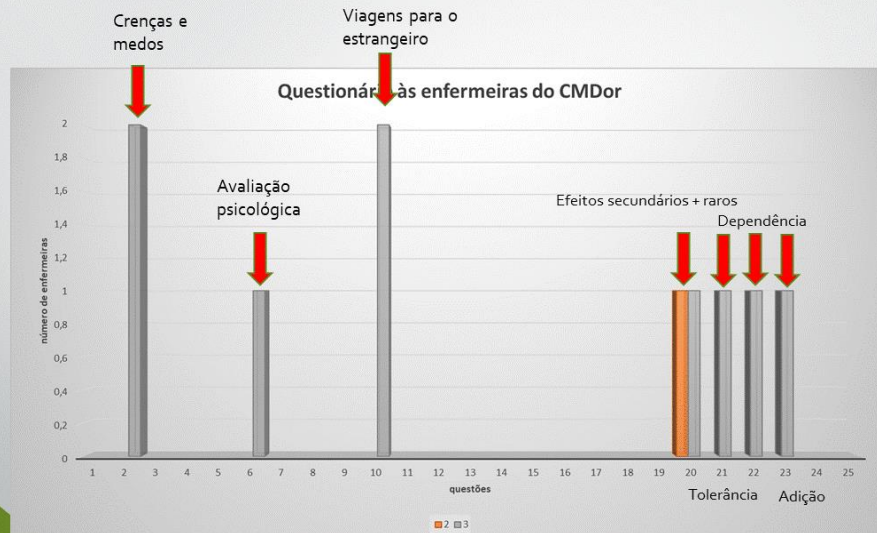
Resultados - Questionário



Resultados - Questionário



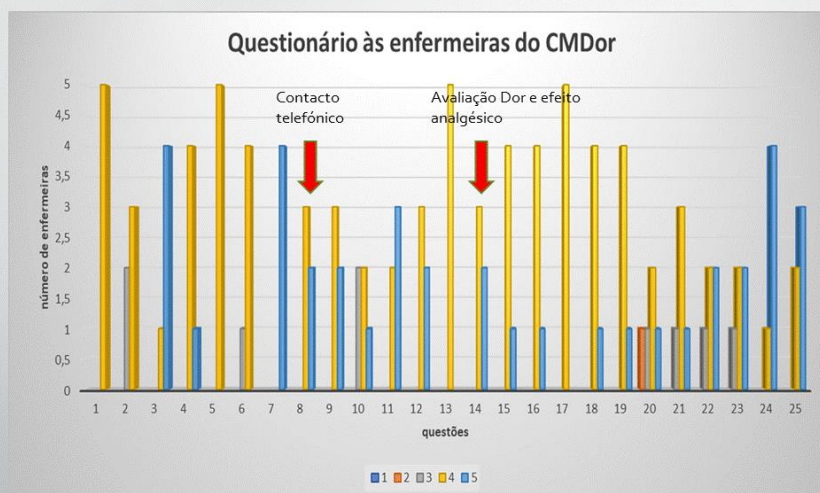
Resultados - Questionário



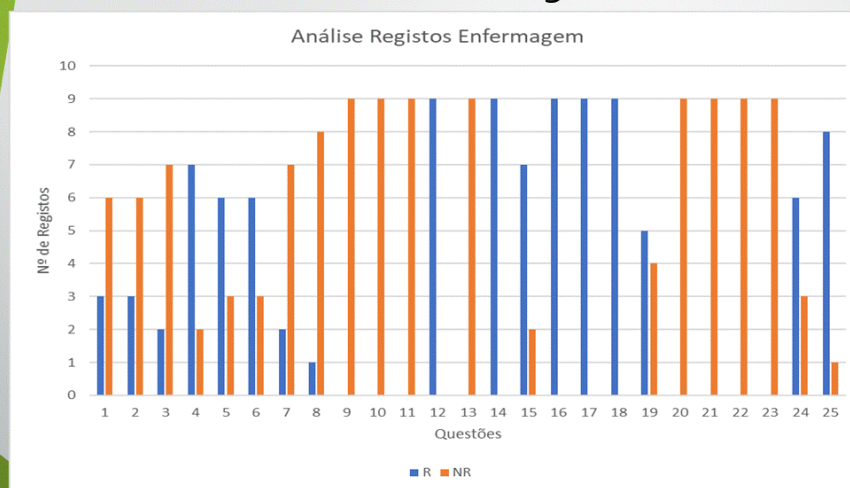
Reflexão... - Questionário

- **Avaliação de crenças e medos relativamente à medicação opioide opioides (no início da terapêutica)**
É encarado como algo que o médico deve abordar em consulta? Vêm como preditor da adesão à terapêutica?
- **Avaliação psicológica da pessoa idosa, despistando alguma patologia psiquiátrica (depressão, alcoolismo, psicose, por exemplo)**
Receio de ser intrusivo? Pensam que se existir, estará mencionado no processo clínico?
- **Valida, caso viagem para o estrangeiro, que necessita de levar um documento escrito pelo médico**
São doentes mais carenciados e, portanto, não viajam? Como os conhecem ao longo do tempo, percebem se têm por hábito viajar?
- **Despiste de efeitos secundários mais raros**
Receio de assustar o doente com tantos efeitos secundários? Não despistam de forma sistemática, mas a quem e que de que forma o fazem?
- **Despiste de eventuais sinais de tolerância**
De que forma o fazem?
- **Despiste de eventuais sinais de dependência**
Não encaram como problema na realidade portuguesa? Não fazem a todos, mas estão alerta? De que forma?
- **Despiste de eventuais sinais de adição**
Não encaram como problema na realidade portuguesa? Não fazem a todos, mas estão alerta? De que forma?

Resultados - Questionário

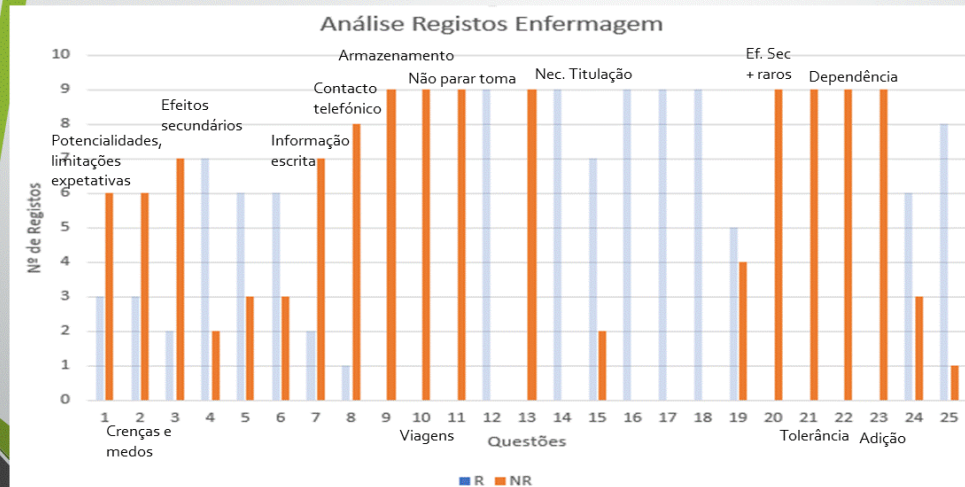


Resultados – Análise de registos



Legenda:
R – Registo
NR – Não
registo

Resultados – Análise de registos



Reflexão... – Análise de registos

- **Potencialidades e limitações da medicação opioide, e expectativas de alívio da dor (no início da terapêutica)**
Apesar de no questionário, responderem que o fazem "muitas vezes". Não registam no processo?
- **Reforço sobre os efeitos secundários mais frequentes no início da terapêutica com opioides**
É encarado como algo que o médico deve abordar em consulta?
- **Fornecimento de informação escrita sobre a terapêutica que vai iniciar**
Porque não existem folhetos de todos os opioides no CMD? Realizar informações escritas dos medicamentos opioides mais utilizados?
- **Informação sobre armazenamento da medicação opioide**
100% dos processos analisados não há registo. Pode ser colocado nos folhetos?
- **Informação sobre caso viaje para o estrangeiro necessita de uma declaração médica**
100% dos processos analisados não há registo. Pode ser colocado nos folhetos?
- **Importância de não parar a medicação abruptamente**
100% dos processos analisados não há registo. Pode ser reforçado nos folhetos?



Obrigada pela vossa colaboração!

APÊNDICE VIII- Apresentação à equipa de enfermagem da UCC



8º Curso de Mestrado em
Enfermagem
Área de Especialização
Enfermagem Médico-Cirúrgica:
vertente da pessoa idosa

Adesão à terapêutica opioide na pessoa idosa com dor crónica: intervenções de Enfermagem

UCC – ECCI

Discente: Sandra Trancoso, Nº 146
Docente: Professora Idalina Gomes
Enf. EEC Orientadora: Susana Saiote

Almada, 30 de Janeiro de 2018

Introdução

Objetivos da apresentação:

Sensibilizar a equipa da ECCI para a reflexão acerca de estratégias promotoras da adesão à terapêutica opioide na pessoa idosa

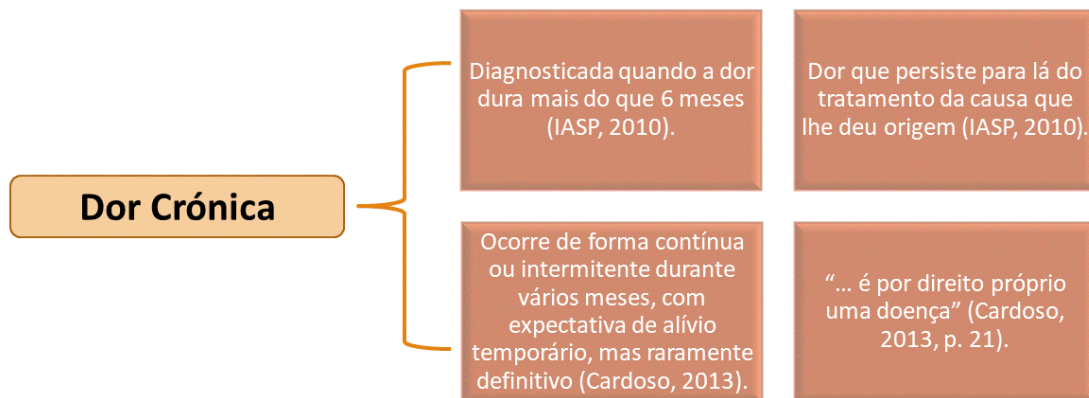
Metodologia para realização:

Revisão da Literatura

Metodologia para apresentação:

Discussão e análise em grupo

Introdução/Problemática



3

Introdução/Problemática

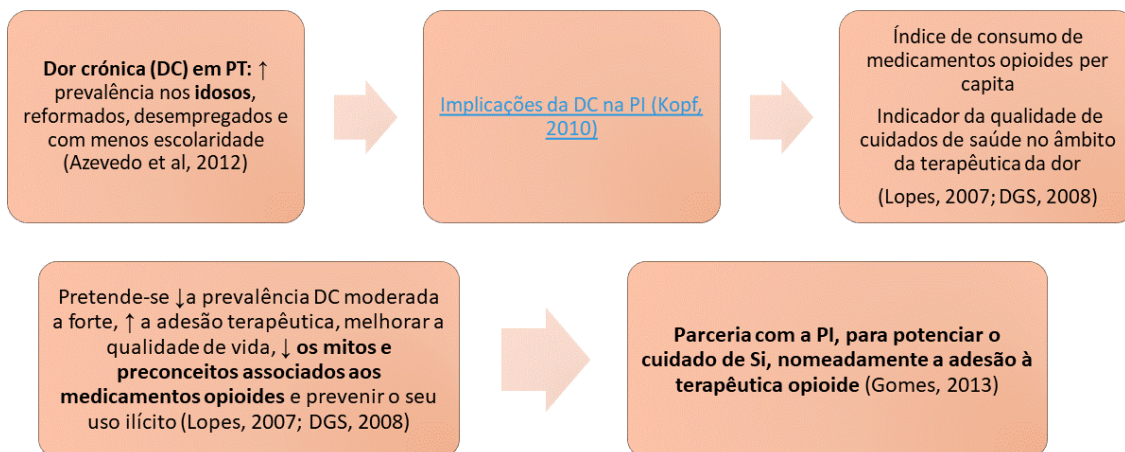
Estudo epidemiológico de corte transversal à população portuguesa (Jan 2007- Mar 2008)



(Azevedo et al, 2012)

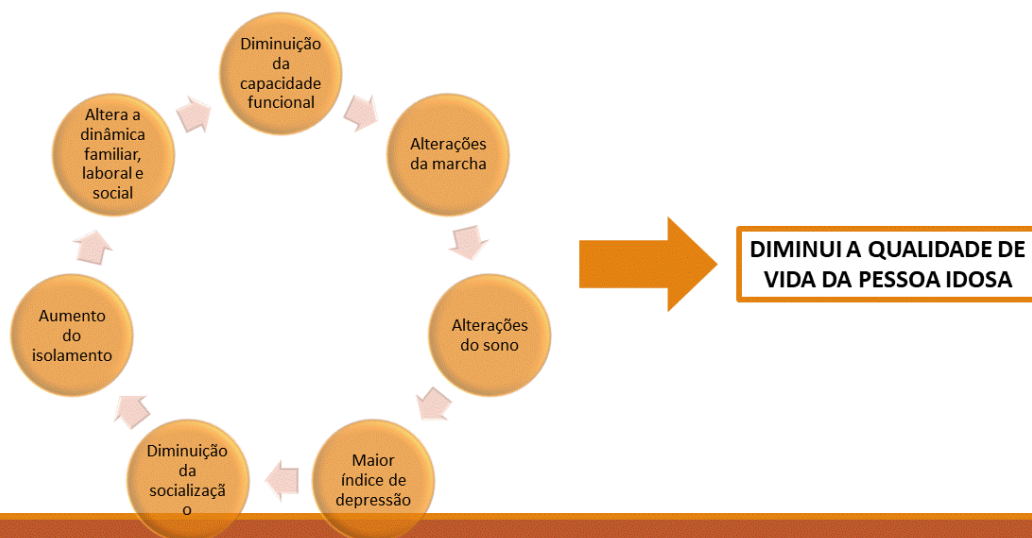
4

Introdução/Problemática



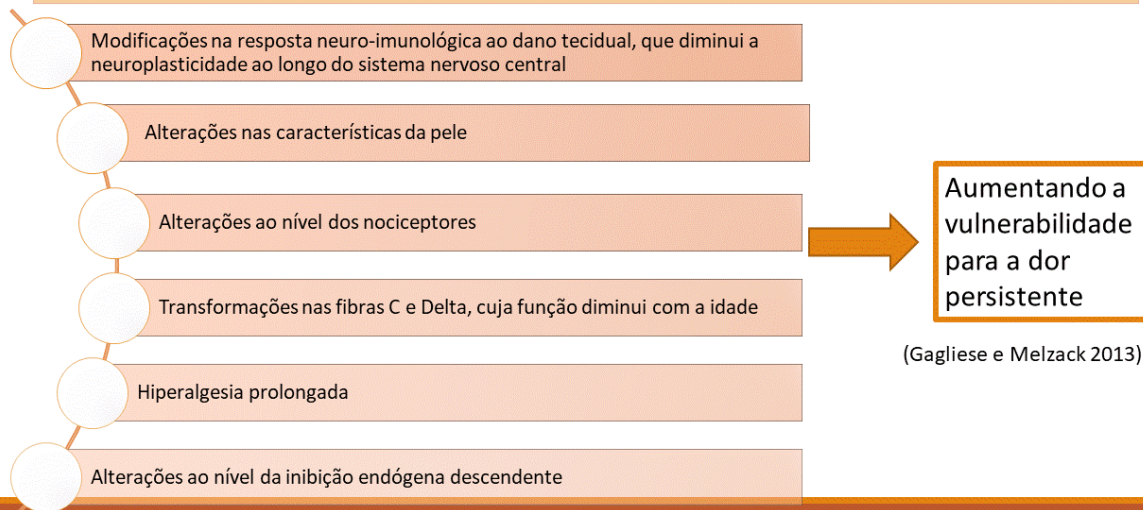
5

Implicações da Dor Crónica na Pessoa Idosa



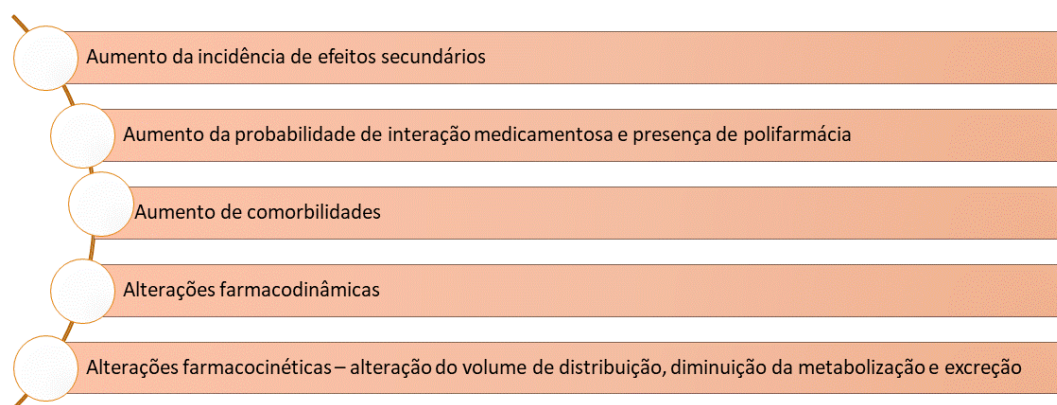
6

Revisão da Literatura: Alterações do Envelhecimento que potenciam a experiência da Dor



7

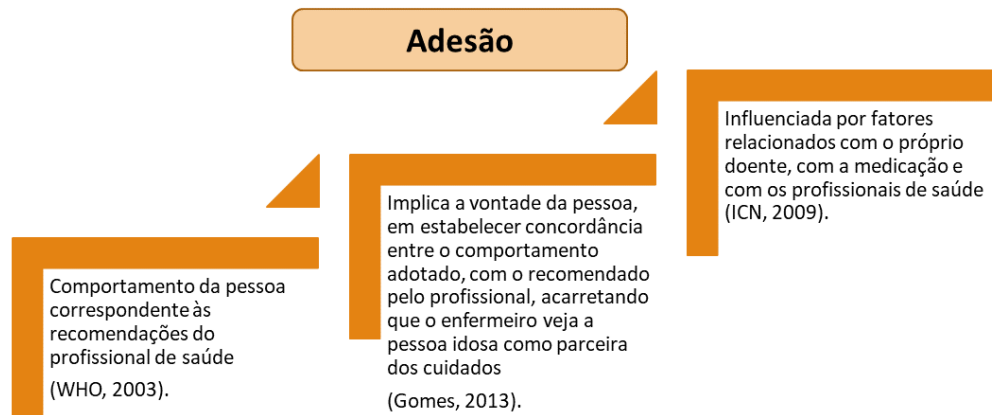
Revisão da Literatura: Cuidados a ter na utilização de opioides nas Pessoas Idosas



(Stannard, Coupe e Pickering, 2007)

8

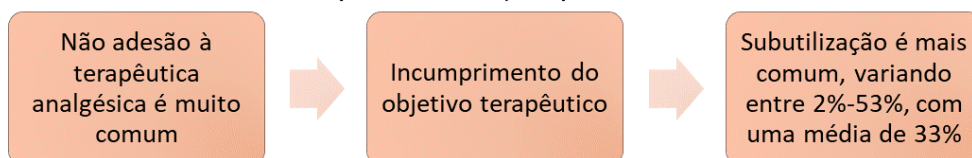
Adesão à terapêutica analgésica na Pessoa Idosa



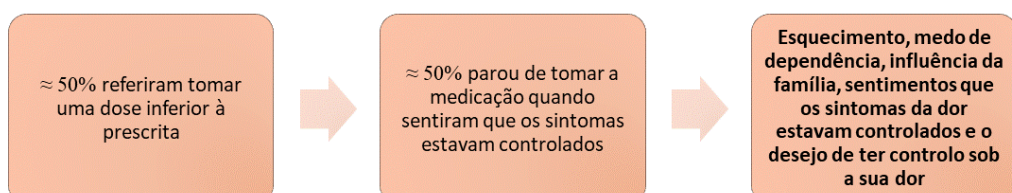
9

Adesão à terapêutica Opióide na Pessoa Idosa

Revisão Sistemática da Literatura (Timmerman et al, 2016)



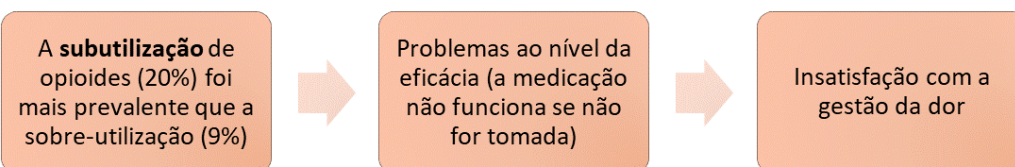
Num estudo realizado em 2011 a 21 pessoas idosas que viviam na comunidade (adesão à terap. opioide) (Chang, Wray e Sessanna, 2011)



10

Adesão à terapêutica Opioide na Pessoa Idosa

Estudo a 199 veteranos (92% homens) sob terapêutica opioide (Lewis, Combs e Trafton, 2010)



11

Razões de não adesão à terapêutica opioide

- Reduzir o consumo de medicação;
- Diminuir os efeitos adversos;
- Medo de adição;
- Tornar o esquema terapêutico mais aceitável;
- Reduzir a carga financeira;
- Administrar a medicação de forma sintomática;
- Administrar a medicação de forma estratégica;
- Substituir a medicação (explorando alternativas);

- Problemas de comunicação com o prescriptor (frequente);
- Ineficácia da medicação (não atingia o efeito desejado);
- Pressão de familiares e amigos. (Lewis, Combs e Trafton, 2010)
- Estigma e múltiplas barreiras a nível familiar, social, no trabalho, por médicos, farmacêuticos e outros profissionais de saúde. (Vallerand e Nowak, 2010)

12

Intervenções para promover a adesão à terap. opioide

Recomendações NICE (2012)

Avaliação regular em relação ao controlo da dor e aos efeitos secundários da medicação opioide, particularmente na fase de titulação

Questionado acerca dos receios relativos à adição, tolerância e efeitos secundários

Providenciada informação escrita sobre os efeitos secundários mais comuns

Fornecido um contacto para quem possa ligar, em caso de necessidade, especialmente na fase inicial do tratamento

13

Intervenções para promover a adesão à terap. opioide

Recomendações DGS (2008)

Avaliação crenças, medos e expectativas sobre a sua dor

Avaliação eficácia, potencialidades, limitações e efeitos secundários

Monitorização regular

Avaliação do efeito analgésico, funcionalidade física, emocional e social, sono, efeitos secundários e eventuais sinais de tolerância ou adição

A interrupção da toma de medicamentos opioides deve ser feita de forma gradual, lenta e progressiva

Princípio “começar baixo e ir devagar” (“*start low and go slow*”)

14

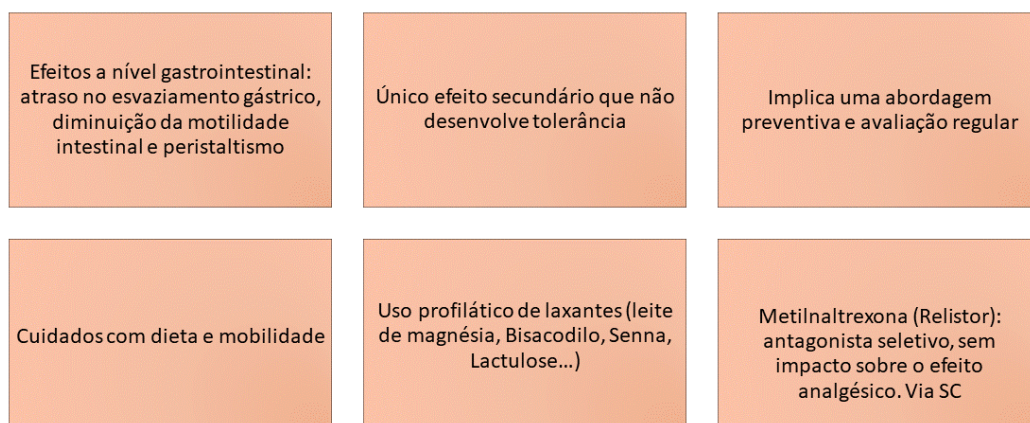
Intervenções para promover a adesão à terap. opioide



15

Intervenções para promover a adesão à terap. opioide

Prevenção e monitorização dos efeitos secundários: **Obstipação**



16

Intervenções para promover a adesão à terap. opioide

Prevenção e monitorização dos efeitos secundários: **Náuseas e vômitos**

Estimulação do quimiorreceptor *trigger zone* no cérebro, diminuição da motilidade gastro-intestinal, alterações ao nível do sistema labirinto-vestibular

Tratamento profilático utilizado com precaução (efeitos secundários como sedação e efeitos extrapiramidais) – 3 primeiros dias

17

Intervenções para promover a adesão à terap. opioide

Prevenção e monitorização dos efeitos secundários: **Alterações no estado mental e Sedação**

Confusão, desorientação e alterações cognitivas estão entre os efeitos mais temidos pelos doentes e famílias

Défice cognitivo ligeiro e alucinações ocasionais podem ocorrer no início da terapêutica, e com aumentos significativos na dosagem

São efeitos transitórios e tendem a desaparecer no espaço de dias a semanas

18

Intervenções para promover a adesão à terap. opioide

Prevenção e monitorização dos efeitos secundários: **Depressão respiratória**

Efeito secundário mais temido	Dor por si só é estimulante para contrariá-la	Tolerância desenvolve-se no período de dias e algumas semanas
Situação rara na analgesia para doenças crónicas	Risco mais elevado: doentes "virgens" de opioides, idosos, com co-morbilidades como DPOC	Titulação cuidadosa, vigilância da sedação e padrão respiratório

19

Intervenções para promover a adesão à terap. opioide

Capacitação da pessoa idosa e dos cuidadores: famílias como gestoras da medicação opioide

- Cuidadores podem percecionar a dor como indicador do estado de saúde do seu familiar;
- A morte pode ser percebida como alívio da dor;
- Outros evitam pensar na morte, negando tanto a dor como a progressão da doença;
- Receio de tolerância, adição e efeitos secundários;
- Devem ser envolvidos e esclarecidos.

20

Intervenções para promover a adesão à terap. opioide

Despiste dos fenómenos de Tolerância, Dependência e Adição

Tolerância:

Necessidade de aumentar o fármaco para obter os mesmos efeitos analgésicos

Dependência:

Dependência física – síndrome de abstinência quando o opioide é interrompido ou quando é administrado um antagonista (ex: nalaxona).

Dependência psicológica- Necessidade compulsiva do doente tomar o medicamento. É muito rara no caso dos doentes a tomar uma dose estável para alívio da dor

Adição:

Distúrbio biopsicossocial; Uso compulsivo, preocupação constante em obter o medicamento, com consequente deterioração do estado físico, mental e social do indivíduo

21

Conclusão

Promoção da adesão à terapêutica

Trabalho em parceria com PI e cuidadores

Intervenções de ensino e suporte

Capacitação da PI e cuidadores

Despiste de efeitos secundários da medicação opioide (intervenções farmacológicas e não farmacológicas)

Avaliação da dor da PI, efeito analgésico da medicação, funcionalidade e qualidade do sono

22

Bibliografia

- ✓ Associação Internacional para o estudo da dor – IASP (2010). *Guia para o Tratamento da Dor em Contextos de Poucos Recursos*. Seattle: IASP Press.
- ✓ Azevedo, L., Costa-Pereira, A., Mendonça, L., Dias, C. & Castro-Lopes, J. (2012). Epidemiology of Chronic Pain: A Population-Based Nationwide Study on Its Prevalence, Characteristics and Associated Disability in Portugal. *The Journal of Pain*. 13 (8). 773-783.
- ✓ Cardoso, A. (2013). *Manual de tratamento da dor*. Lisboa: Lidel – edições técnicas, Lda.
- ✓ Chang, Y., Wray, L. & Sessanna, L. (2011). Use of prescription opioid medication among community-dwelling older adults with non cancer chronic pain. *Journal of addictions nursing*. 22 (19). 19-24.
- ✓ Costello, M. & Thompson, S. (2015). Preventing Opioid misuse and potential abuse: the nurse's role in patient education. *Pain Management Nursing*. 16 (4). 515-519.
- ✓ DGS (2008). *Circular Normativa*. 18-06-2008. Programa Nacional de Controlo da Dor. Acessível na Direção Geral da Saúde, Lisboa, Portugal.
- ✓ Gagliese, L. & Melzack (2013). Pain in older persons. In McMahon, S., Koltzenburg, M., Tracey, I. & Turk, D. (editores) *Wall and Melzack's textbook of pain*. (pp. 315-31 9). Philadelphia: Elsevier Saunders.
- ✓ Gomes, I.D. (2013). Promover o cuidado de Si: a natureza da parceria entre o enfermeiro e o doente idoso no domicílio. In Pereira Lopes (coord). *O cuidado de enfermagem à pessoa idosa- da investigação à prática* (pp. 77-113). Loures: UI&DE e Lusociência.

23

Bibliografia

- ✓ International Council of Nurses (ICN) (2009). Estabelecer parcerias com os indivíduos e as famílias para promover a adesão ao tratamento: Catálogo da Classificação Internacional Para a Prática de Enfermagem (CIPE). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- ✓ Kopf, A. (2010). Dor na velhice e demência. In Associação Internacional para o estudo da dor – IASP. *Guia para o Tratamento da Dor em Contextos de Poucos Recursos*. (pp. 291- 298). Seattle: IASP Press.
- ✓ Lewis, E., Combs, A. & Trafton, J. (2010). Reasons for Under-Use of Prescribed Opioid Medications by Patients in Pain. *Pain Medicine*. 11. 861–871.
- ✓ Lopes, J.C. (2007) Recomendações para a Utilização dos Medicamentos Opióides Fortes na Dor Crónica Não-Oncológica. *Dor*. 15 (3). 16-20.
- ✓ McCaffery, M. & Pasero, C. (1999). *Pain Clinical Manual* (2nd edition). St. Louis, Missouri: Mosby.
- ✓ National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (2012). *Palliative care for adults: strong opioids for pain relief – clinical guideline*. United Kingdom: NICE.
- ✓ Stannard, C., Coupe, M. & Pickering, T. (2007). *Opioids in Non-Cancer Pain*. New York: Oxford University Press.
- ✓ Timmerman, L., Stronks, J., Groeneweg, J.G. & Huygen, F.L. (2016). Prevalence and determinants of medication non-adherence in chronic pain patients: a systematic review. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*. 60, 416-431.
- ✓ Vallerand, A. & Nowak, L (2010). Chronic Opioid Therapy for Nonmalignant Pain: The patient's perspective. Part II- Barriers to chronic opioid therapy. *Pain Management Nursing*. 101 (2). 126-131.
- ✓ World Health Organization (WHO) (2003). *Evidence to long-term therapies: evidence for action*. Geneva: WHO.

24

**APÊNDICE IX- Apresentação V Congresso da Ordem dos
Enfermeiros**

Promoção do Cuidado de Si à pessoa idosa com dor crónica
não oncológica, sob terapêutica opioide.

CUIDAMOS DO FUTURO!

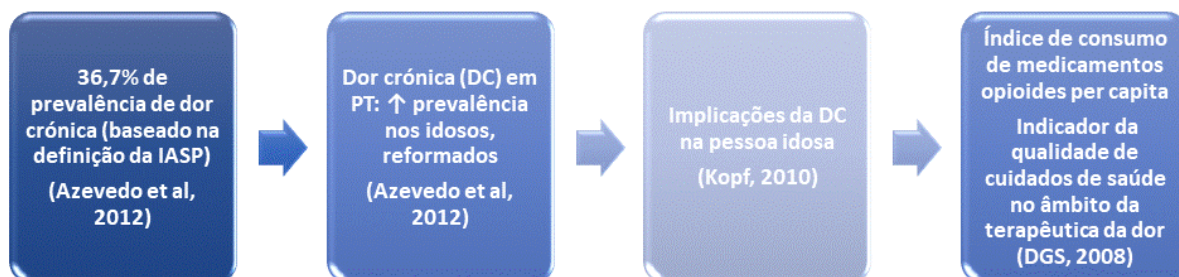
Autores:
Sandra Trancoso
Prof. Dra. Idalina Gomes
Madalena Mela Martins



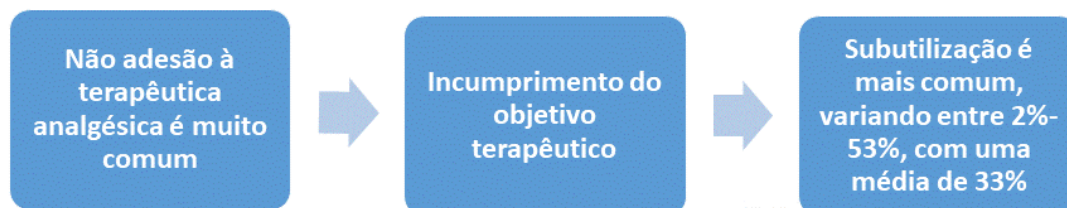
Organização:
 **ordem dos**
enfermeiros
ninguém está sozinho

NINGUÉM ESTÁ SOZINHO

Introdução



Revisão Sistemática da Literatura (Timmerman et al, 2016)



Objetivos

Identificar as intervenções de enfermagem, que promovem a adesão à terapêutica opioide, na pessoa idosa com dor crónica não oncológica, seguida na consulta de um Centro Multidisciplinar Dor;

Implementar intervenções de enfermagem que promovam o cuidado de Si, na pessoa idosa com dor crónica não oncológica, seguida na consulta de um Centro Multidisciplinar Dor.

Metodologia

Participantes

- Equipa de enfermagem de um Centro Multidisciplinar Dor

Instrumentos de colheita de dados

- Questionários aos enfermeiros, tendo por base a norma da DGS (2008); Atitudes no acompanhamento da pessoa idosa sob terapêutica opioide - 25 afirmações para classificarem segundo uma escala de Likert 5 itens
- Análise dos registos de enfermagem para identificação das intervenções registadas, no período entre outubro de 2017 a fevereiro de 2018

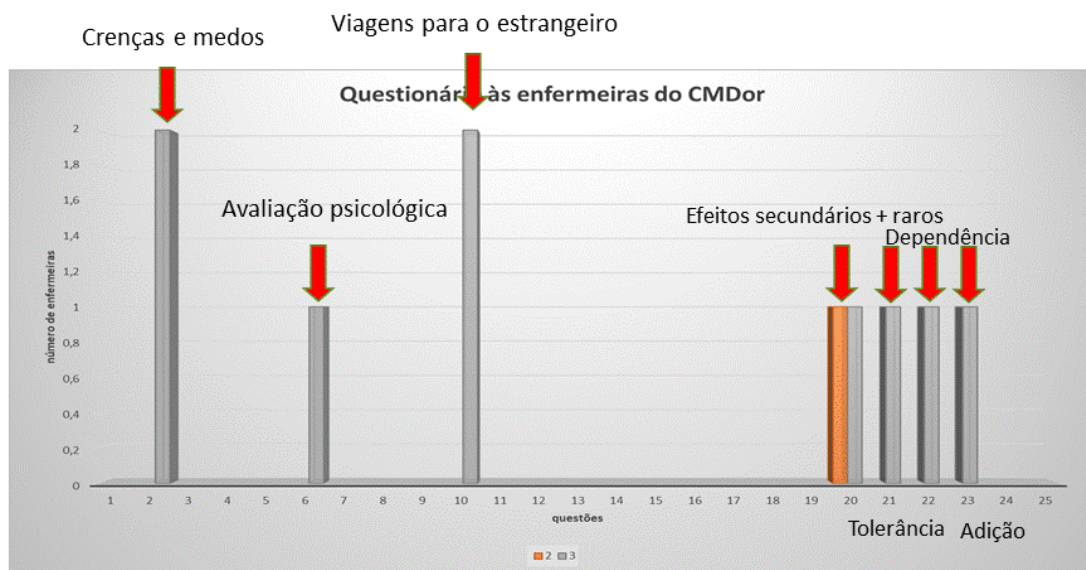
Análise dos dados

- Análise estatística adequada e qualitativa dos questionários aos enfermeiros e dos registos de enfermagem

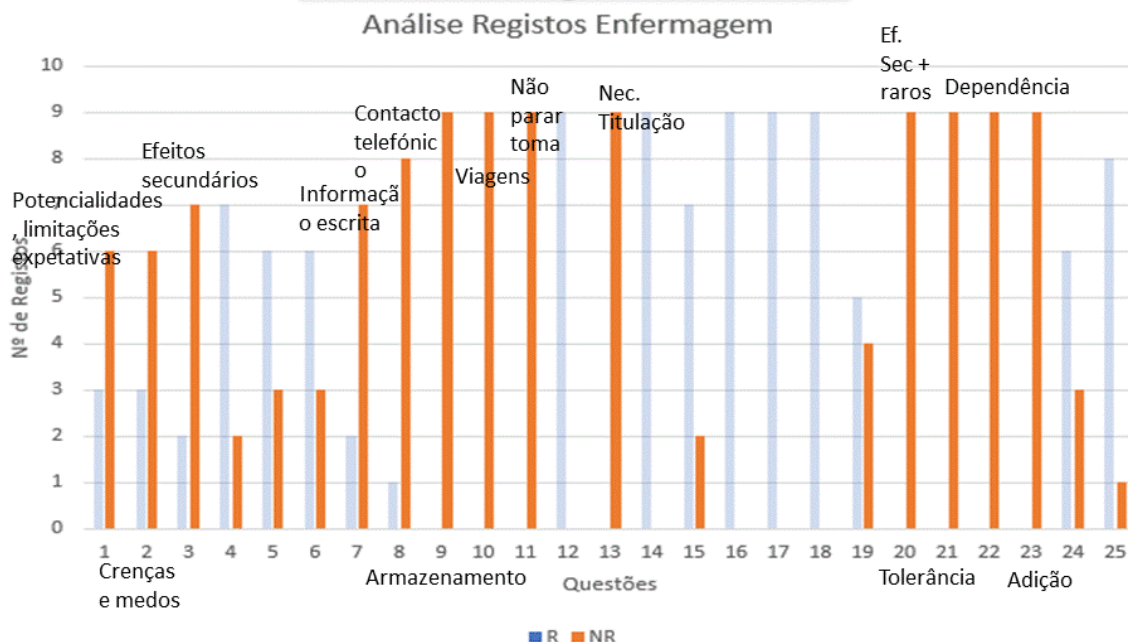
Princípios éticos

- Autorização da instituição de saúde, privacidade, confidencialidade e consentimento informado

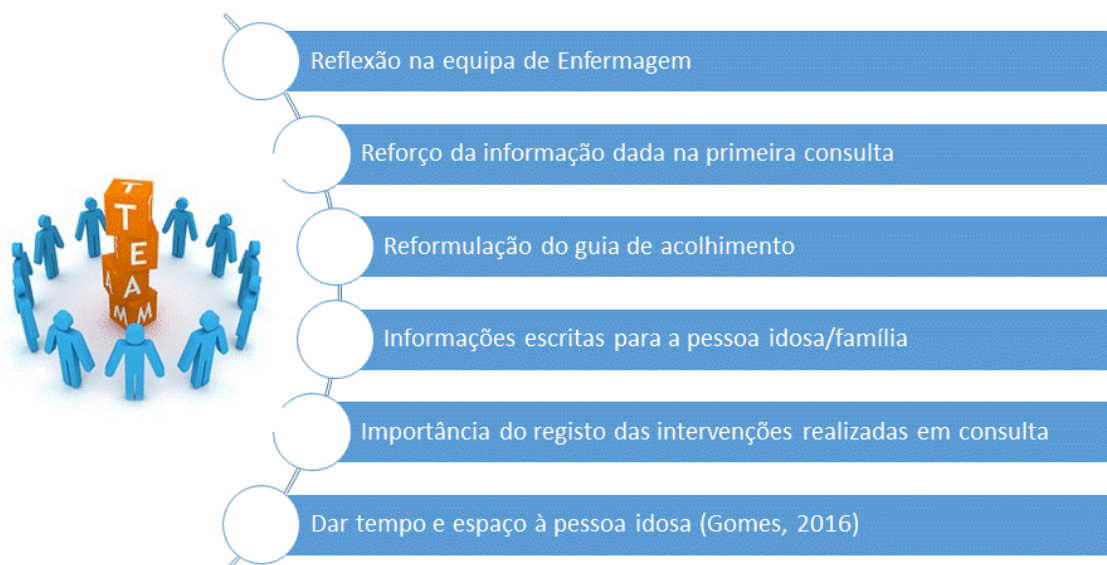
Resultados



Resultados



Discussão dos Dados



Organização:



www.vcongresso.ordemenfermeiros.pt

Conclusões

- ✓ A consciência do papel fundamental dos enfermeiros na promoção da adesão terapêutica no tratamento e controlo da dor, obriga a criar condições para ir ao encontro da pessoa idosa e família, vendo-os como parceiros de cuidados (Gomes, 2016).
- ✓ Promoveu-se um contexto de formação-reflexão-ação na equipa de enfermagem, levando à reformulação das práticas de cuidados relativamente à promoção da adesão à terapêutica opioide no controlo da dor crónica não oncológica na pessoa idosa, visando ultrapassar mitos e estereótipos e promover o cuidado de Si.
- ✓ Sugerimos o alargamento desta investigação à equipa multidisciplinar.

Organização:



www.vcongresso.ordemenfermeiros.pt

Referências Bibliográficas

- Azevedo, L., Costa-Pereira, A., Mendonça, L., Dias, C. & Castro-Lopes, J. (2012). Epidemiology of Chronic Pain: A Population-Based Nationwide Study on Its Prevalence, Characteristics and Associated Disability in Portugal. *The Journal of Pain*. 13 (8). 773-783.
- DGS (2008). *Circular Normativa*. 24/03/2008. Utilização dos medicamentos opióides fortes na dor crónica não oncológica. Acessível na Direção Geral da Saúde, Lisboa, Portugal.
- Gomes, I.D. (2016). *Promover o cuidado de si: parceria entre o enfermeiro e a pessoa idosa. A construção do processo de parceria num contexto de vulnerabilidade e dependência*. Lisboa: Novas Edições Acadêmicas.
- Kopf, A. (2010). Dor na velhice e demência. In Associação Internacional para o estudo da dor – IASP. *Guia para o Tratamento da Dor em Contextos de Poucos Recursos*. (pp. 291-298). Seattle: IASP Press.
- Timmerman, L., Stronks, J., Groeneweg, J.G. & Huygen, F.L. (2016). Prevalence and determinants of medication non-adherence in chronic pain patients: a systematic review. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*. 60, 416-431.